UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921 N° 92

LE TRAITEMENT DES TEIGNES

A L'HOPITAL DES ENFANTS DE BORDEAUX

par la Méthode de Kienböck-Adamson

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
le vendredi 17 juin 1921

PAR

Pierre-Jules-Marcel LOUGE
né à Vergoignan (Gers) le 14 octobre 1889

Examinateurs de la Thèse — MM. DUBREUILH, professeur, *Président*.
CASSAËT, professeur.
PETGES, agrégé.
RÉCHOU, agrégé.
Juges.

BORDEAUX
Imprimerie J. Céroude & Frère, Cours de la Marne, 15
1921

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921 N° 92

LE TRAITEMENT DES TEIGNES

A L'HOPITAL DES ENFANTS DE BORDEAUX

par la Méthode de Kienböck-Adamson

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le vendredi 17 juin 1921

PAR

Pierre-Jules-Marcel LOUGE

né à Vergoignan (Gers) le 14 octobre 1889

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBREUILH, professeur, *Président.*
CASSAËT, professeur.
PETGES, agrégé.
RÉCHOU, agrégé.
Juges.

BORDEAUX
Imprimerie J. Céroude & Frère, Cours de la Marne, 15

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS . . . . . Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN. CASSAET.
Clinique externe . . .	CHAVANNAZ. VILLAR.
Pathologie et thérapeutiques générales . . .	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.
Anatomie pathologique .	SABRAZES.
Anatomie	PICQUE (chargé).
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	AUCHÉ.
Médecine légale . . .	VERGER.
Physique biologique et d'électricité médicale .	BERGONIÉ.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.

	MM.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Médecine expérimentale.	FERRE.
Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .	DENUCÉ.
Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Clinique médicale des maladies des enfants . .	MOUSSOUS.
Chimie biologique. . .	DENIGES.
Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Pathologie exotique . .	LE DANTEC.
Clinique des maladies cutanees et syphilitiques.	W DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires . . .	POUSSON.
Clinique psychiatrique .	ABADIE.
Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie	MOURE.
Toxicologie	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	PRINCETEAU.
Anatomie et embryologie.	PICQUÉ. N...
Histologie	LACOSTE (chargé).
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique .	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS (chargé). N...
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.
Chimie biologique et médicale	N...
Médecine générale. . .	N... PETGES. CARLES (J.).

	MM.
Médecine générale . .	MAURIAC. LEURET. DUPERIE CREYX.
Maladies mentales. . .	PERRENS.
Médecine légale . . .	LANDE
Chirurgie générale . .	GUYOT. ROCHER. DUVERGEY. PAPIN.
Obstétrique.	PERY. FAUGÈRE.
Ophtalmologie. . .	TEULIÈRES.
Pharmacie	LABAT. N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie .	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	FAUGERE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS,
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale .	SELLIER.
— de Toxicologie et Hygiène appliquée . .	N...
— d'Analyse chimique qualit et quantit. .	N...
— de démonstrations et préparations pharm.	LABAT.
— de Microbiologie	N...
— de Pathologie interne.	MAURIAC.
— de Pathologie externe.	GUYOT.
— de Vénéréologie.	PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETGES

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Chargé du cours complémentaire de vénéréologie

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Médecin des Hôpitaux

Correspondant national de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction Publique

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548604_0131

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la Faculté, il nous est particulièrement agréable de remercier les Maîtres dont le précieux enseignement contribua à notre formation médicale.

Que Monsieur le Docteur Petges, veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments les plus vifs de reconnaissance, pour la sollicitude bienveillante dont il nous a toujours entouré. Nous lui devons également l'idée de ce modeste travail. Nos remerciements vont encore à Monsieur le Professeur Dubreuilh qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Et nous ne saurions ne pas exprimer notre gratitude à Monsieur le Docteur Roques qui, dans le cours de cet ouvrage, nous a éclairé et guidé de ses excellents conseils.

INTRODUCTION

Dans sa thèse sur le Favus dans la région du Sud-Ouest, le Docteur J. Glérant signalait l'augmentation de sa fréquence. Il basait ses affirmations sur des recherches effectuées dans les registres de consultation de l'hôpital Saint-André, portant sur les années allant de 1890 à 1920, et sur les registres de consultation de l'Hôpital des Enfants depuis l'année 1919, date à laquelle fut créé le service de consultations dermatologiques. Peu nombreux jusqu'en 1892 le nombre des cas de favus augmente cette année là, puis jusqu'en 1920 nous assistons à une longue période d'assoupissement de la maladie, puisque le nombre des cas notés dépasse à peine cinq à six cas en 1898 et 99 pour osciller ensuite autour de 3 ou 4 cas isolés par année.

En 1920 au contraire, on voit la courbe se relever et cette dermatomycose prend des allures épidémiques.

Le relevé des cas enregistrés et le diagramme des Teignes dont nous nous occuperons en particulier dans ce travail, montre une courbe analogue avec toutefois une fréquence plus grande. Après quelques années d'assoupissement coupées de poussées paraissant périodiques (on voit en effet sur le diagramme la courbe s'élever tous les neuf ans en moyenne) nous passons subitement de 3 cas en 1918 à 16 cas en 1919 et 71 cas en 1920. En cette année cette affection prend une tournure véritablement épidémique et c'est par dizaines

que les enfants se présentent à l'hôpital des enfants à la consultation de Monsieur le professeur agrégé Petges. Deux centres épidémiques principaux s'étaient constitués, l'un à l'orphelinat de... (1) situé dans les environs de Bordeaux, l'autre dans un établissement similaire également situé hors ville. A côté d'eux mais fournissant des malades en quantité notablement moindre nous trouvons quelques écoles tant laïques que libres et en 1921 de nouvelles écoles nous donnèrent de nouveaux cas. Plusieurs agents pathogènes furent en cause. Mais celui que les examens et les cultures pratiqués systématiquement avec les cheveux et les squames de chacun des cas s'étant présentés, ont permis de déceler avec la plus grande fréquence est le Microsporum Audouïni (96) sur les (121) cas dont nous publions les observations. Nous trouvons ensuite (17) cas dus à l'achorion schoenleini (favus) puis (21) cas dus au trichophyton violaceum et (1) relevant d'un trichophyton microïde ectothrix le trichophyon Gypseum.

Maladie de la seconde enfance cette affection appartient essentiellement à l'âge scolaire et sa contagion en est des plus faciles. C'est ce qui explique la rapidité de sa diffusion dans les deux foyers dont nous parlions plus haut De plus la teigne est une maladie de la classe pauvre que son manque d'hygiène expose plus que tout autre aux diverses contaminations. De là sa ténacité particulière la persistance des épidémies, et sa transformation en maladie endémique. Dans la famille ou à l'école les causes de contagions sont nombreuses, promiscuité, échange de coiffures, lectures sur le même livre, contact de la tête dans le même lit, toutes ces causes nous montrent pourquoi les enfants d'une même famille ou les élèves d'une même école sont touchés.

Le porteur de lésion initial la communique aux autres, et dans la plupart des cas, que ce soit école ou famille l'affection est fort répandue déjà lorsqu'on la découvre.

(1) Il ne nous est point possible de préciser le nom de ces établissements, la cause en est bien évidente, et nous nous en excusons.

Nous n'insisterons pas sur les causes de propagation et d'extension des tricophyties dans ces deux dernières années, ce sujet ayant fait l'objet d'une étude de l'auteur précité. Ce sont en résumé :

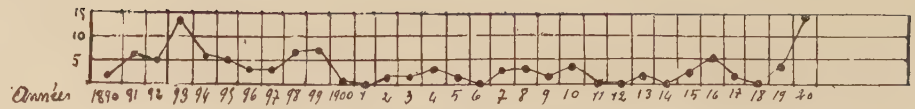
1° Des causes d'ordre matériel : ignorance des médecins pour cette affection très particulière, besogne écrasante par suite d'une épidémie de grippe, manque de médecins, manque d'instituteurs d'où concentration trop grande d'enfants dans les écoles, arrivée de travailleurs coloniaux porteurs de germes et enfin mauvaise hygiène.

2° Des causes d'ordre moral, communes à toutes les épidémies : négligence des malades ou des parents des malades, lorsque l'épidémie paraît terminée.

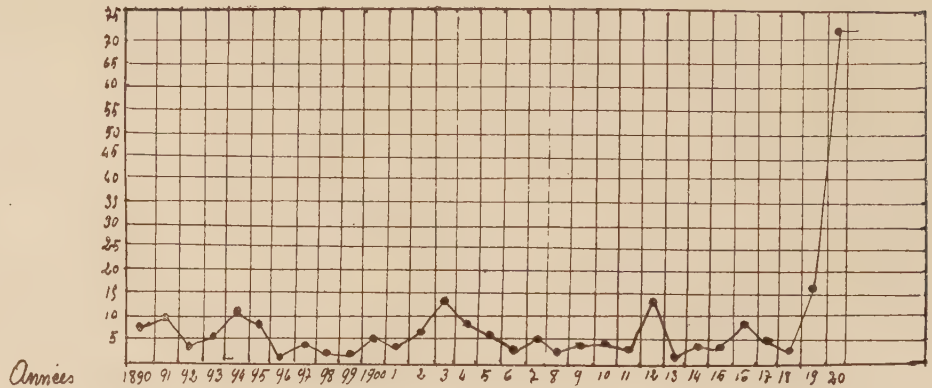
L'importance de la prophylaxie de cette maladie ne saurait nous échapper. Si l'on considère que cette dermatophytie atteint l'enfant au moment de sa formation intellectuelle et l'horreur qu'inspire cette maladie dans le cadre de laquelle l'opinion populaire fait rentrer les affections du cuir chevelu les plus diverses, on conçoit aisèment que le petit teigneux ou surtout le petit favique dont les lésions s'impétiginisaient plus facilement était un objet de dégoût pour les personnes obligées de l'approcher ; et avant même que les règlements scolaires l'eussent écarté de l'école de façon officielle, le maître lui-même renvoyait le petit malade à ses parents. D'un autre côté les anciennes méthodes de traitement, lorsqu'elles aboutissaient à un résultat favorable étaient fort longues, et l'enfant passant de longues années sans pouvoir retourner à l'école, devenait pour le moins un illettré. Parfois aussi l'incurie forcée de parents obligés de travailler au dehors, laissait l'enfant livré à lui-même et sans aucune surveillance, et il est facile de voir ce qu'un pareil enfant devenait si la charité publique ou privée ne pouvait en prendre soin et l'élever.

Grâce aux méthodes actuelles, pareil danger est écarté, ce qui n'implique pas néanmoins que la surveillance à exercer ne doive pas encore être active, et nous verrons que dans le

cours de l'épidémie, qui a sévi durant les années 1919 et 1920 le traitement radiothérapique institué à l'Hôpital des Enfants a fait ses preuves, en donnant des résultats particulièrement satisfaisants. C'est celui dont nous décrivons la technique dans les pages qui vont suivre. Ce procédé découle directement de la méthode radiothérapique de MM. Sabouraud et Noiré qui les premiers utilisèrent le procédé des cercles. Mise en œuvre par Kienbôck à Vienne et Adamson, cette méthode reprise en France fut justement dénommée par Gouin méthode des feux croisés. Nous avons cru faire œuvre utile en la décrivant en détail, car même à l'heure actuelle peu de radiothérapeutes la connaissent.



Courbe de fréquence du Favus



Courbe de fréquence des teignes en général

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE RAPIDE DE QUELQUES TONDANTES MICROSPORIQUES

Avant d'aborder l'étude détaillée du traitement des trichophyties suivant la méthode de Kienbôck-Adamson, il nous paraît utile de rappeler sommairement l'étiologie et la symptomatologie de quelques tondantes microsporiques.

A. — Etiologie et Pathogénie

En premier lieu, il faut tenir compte de l'âge du sujet ; les tondantes trichophytiques ou microsporiques sont uniquement une maladie de la seconde enfance. A l'âge de la puberté et sous l'influence de causes ignorées, les lésions qui avaient végété sur le cuir chevelu du malade disparaissent.

Les agents pathogènes des tondantes se partagent en deux classes : les microsporums d'un côté et les trichophytons endothrix et ectothrix de l'autre. Dans la classe des micros-

porums il existe deux espèces fixes actuellement connues : une seule nous intéresse dans ce travail. C'est le microsporum Audouïni, décrit pour la première fois en 1843 par Gruby. Aussitôt après lui et à peu près vers la même époque les travaux se succèdent sur le même sujet et les plus intéressants à noter sont ceux de Robin et Malmsten (Suède). Puis viennent ceux de Bazin, de Gibert, Devergie et Bodin.

Dans la seconde classe nous trouvons des trichophytons endothrix au nombre de trois espèces. Ce sont le T. cratériforme, le T. acuminatum, le T. violaceum. Dans nos observations nous retrouverons sept cas ressortissant de ces espèces et ayant comme agents le T. violaceum.

Enfin parmi les espèces ectothrix, nous avons trouvé un microïde : le T. gypseum donnant à la lésion produite par lui un caractère un peu différent. Sa marche a une allure inpétégineuse, comme toutes les microspories pilaires dues à des miscrosporums animaux. Elle revêtent une forme inflammatoire ayant peu ou prou de caractère.

Dans le tome III de son admirable ouvrage sur les maladies du cuir chevelu, Sabouraud traitant du microsporum Audouïni, dit que « au-dessous de la Loire les cas en deviennent rares » (1). Ces notions vraies en 1910 époque à laquelle il écrivait cette phrase se sont modifiées. Depuis 1919 nos statistiques sont bien différentes puisque dans la statistique Joulia-Petges utilisée par nous pour cet ouvrage nous trouvons (96) cas dûs au microsporum Audouïni, contre (17) à l'achorion schœnleini, (7) au T. violaceum et (1) au T. gypseum.

« L'inoculation des microspories se fait toujours dans l'épiderme ». Le parasite se fixe et grandit en s'entourant d'une auréole ronde, rouge. « Lorsque ces filaments mycéliens rampant dans l'épiderme corné, rencontrent un orifice pilaire, ils s'infléchissent vers le fond du follicule et s'insinuent entre le follicule et le poil » (2).

(1) Sabouraud. — *Maladie du cuir chevelu*, t. III, p. 143.

(2) Sabouraud. — *Maladies du cuir chevelu*, t. III, p. 143.

C'est à ce moment que les spores se développent et commencent à former une gaine autour du poil. Puis le mycélium se développe dans son intérieur et contribue à former au-dessus du bulbe pilaire la frange d'Adamson. De cette façon se constitue la lésion par l'envahissement progressif de l'épiderme, du follicule pileux et finalement du cheveu.

B. — Symptomatologie

1. *Début.* — Celui-ci se voit très rarement, car il est insidieux. Seule une tache rosée sans bords saillants et pas plus colorée que le fond de la lésion en marque le commencement. Les cheveux à ce moment sont indemnes et il n'y a pas encore de desquamation. La confusion est alors possible avec un érythème polymorphe. Au bout de quelques jours la lésion pâlit la desquamation commence et les cheveux prennent leur aspect caractéristique.

2. *Période d'état.* — Au premier abord ce qui frappe le plus c'est l'existence d'une plaque de dimensions plus considérables que les autres. Elle est de forme ronde ou ovale de 3 à 4 centimètres de diamètre en moyenne mais souvent plus. Nous signalons d'ailleurs dans nos observations des plaques de cinq à six centimètres. Sur cette plaque primaire, toute parsemée de fines squames grisâtres, les cheveux décolorés d'aspect laineux sont coupés court à quelques millimètres de hauteur. Autour de cette plaque principale, on peut voir une quantité de plaques identiques comme aspect et comme forme, mais de dimensions plus réduites. Elles vont de la largeur d'une pièce de 50 centimes au diamètre d'une lentille.

Telle est l'apparence macroscopique d'une lésion teigneuse. Mais il est d'autres caractères plus difficilement visibles, sur lesquels ils est nécessaire d'insister pour qu'ils soient recherchés avec soin, si l'on veut confirmer un diagnostic. C'est l'aspect du cheveu. Après avoir saisi entre les mors d'une pince à épiler un cheveu atteint de microsporie, on le voit

engainé dans une sorte de manchon blanc-grisâtre qui l'entoure sur une hauteur de 3 millimètres environ. Cette gaine est un signe de certitude de l'infection du cheveu. L'examen au microscope nous révélera que ce manchon est constitué en partie par les spores du champignon formant une sorte d'écorce au cheveu. Dans l'ensemble tous les cheveux d'une même plaque sont touchés, ils sont devenus fins et grisâtres et couchés dans le même sens. Leur implantation est moins solide et les doigts, même sans instruments, permettront d'en faire venir une vingtaine d'une seule traction. En examinant ces cheveux sur un fond noir « on verra très distinctement chaque cheveu, cassé au-dessus de sa racine, entouré de la gaine d'un blanc crayeux, dont son extrémité aérienne se dégage comme un poignet sort d'une manchette. »

Même dans le cas ou les squames se sont agglomérées en un magma séborrhéique de couleur jaunâtre et de « consistance emplastique » les cheveux ont conservé leur position dans la plaque et leurs mêmes caractères.

Diagnostic

1° *Psoriasis* du cuir chevelu. — La squame est plus épaisse et plus saillante. Les cheveux ont gardé leur consistance, la même solidité d'implantation, leur longueur et leur coloration normales. Enfin la présence de plaques psoriasiques sur les parties glabres certifiront le diagnostic.

2° *Eczéma séborrhéique.* — Survient surtout chez l'adulte et si les cheveux tombent avec les squames c'est en conservant leur bulbe pilaire, leur longueur et leur coloration normales.

3° *Teigne amiantacée d'Alibert-Devergie.* — L'aspect des squames plus épaisses et la longueur du cheveu portant son bulbe pilaire, feront écarter le diagnostic de teigne tondante. S'il venait à la pince des cheveux cassés et engainés, le microscope pourrait dans ce cas révéler la présence de microsporums et trancher la question.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

De tous les traitements employés pour la guérison de la teigne, un seul le fut avec continuité à travers les âges : c'est l'épilation. Cazenave s'appuyant en cela sur Héliodore prétend que ce procédé remonte aux âges les plus reculés.

Les premières médications connues, remontent aux médecins arabes. Nous les voyons épuiser en topiques divers toutes les ressources de leur polypharmacie. Ils usaient particulièrement des emplâtres sur le cuir chevelu, faits avec : soit de la bouse de vache, soit de l'urine de chameau, soit de l'orpiment mêlé à la poix, soit de la coloquinte, soit de l'euphorbe. Il reste néanmoins fort doûteux que ces diverses méthodes aient été couronnées d'un quelconque succès. Leurs résultats du moins ne sont pas venus jusqu'à nous. Longtemps avant la découverte des vrais agents pathogènes, on confondait les teignes avec les autres maladies du cuir chevelu. A toutes sans distinction on leur attribuait une origine interne. Ce fut l'époque de la thérapeutique interne et tous les dépuratifs en usage furent mis en action.

Ce n'est qu'avec Guy de Chauliac, que l'épilation apparaît

de façon méthodique. Auparavant toutefois il avait essayé une foule de remèdes. Il avait usé des lavages avec de l'eau vinaigrée, et des applications d'onguents renfermant du soufre, de l'arsenic rouge, du vert de gris, du fiel de vache et de la poix. Devant l'insuccès de ces diverses méthodes et venant aux idées de Roger de Parme dont il connaissait peut-être le capellus piceus, il conseilla l'épilation « à l'aide d'une pince ou d'un chapeau de poix », c'est le procédé de la calotte que nous avons vu encore en usage de nos jours.

Immédiatement après l'épilation, on oignait le cuir chevelu ainsi mis à nu avec des pommades au mercure, à la litharge, à la thérébentine. Plus tard on se servait encore indifféremment et suivant l'inspiration des cendres de crapaud, du nitrate d'argent, des solutions de sublimé, de l'emplâtre de Vigo et des pommades au précipité blanc ou rouge, le tout sans ordre et sans méthode.

Voici en quoi consistait le traitement de la calotte ; ce document publié dans la thèse de Caré lui fut communiqué par Hubert médecin-chef de l'Hôtel Dieu de Cherbourg : « Après avoir coupé les cheveux le plus ras possible, la peau était lavée au vin aromatique, puis une couche de brai ramolli par la chaleur était appliquée sur la totalité du cuir chevelu. Cette couche d'environ cinq millimètres d'épaisseur était recouverte d'une seconde couche de pâte composée de farine de froment délayée dans du vin aromatique. Les deux couches présentaient une épaisseur totale d'environ un centimètre ; la pâte durcissant par dessication avait au bout de quelques heures la dureté du bois. Huit jours après, cette calotte était arrachée par morceaux, entraînant avec elle une grande partie des cheveux (on juge au prix de quelles souffrances !) La douleur calmée un lavage au vin aromatique était fait, puis semblable à la première une seconde calotte était appliquée. Arrachée par morceaux, au bout de huit jours, le traitement était continué, jusqu'à enlèvement de la totalité des cheveux ». Six à huit calottes étaient nécessaires, quelquefois plus, la dernière calotte se détachait

d'elle-même faute de cheveux à entraîner et le malade était quelquefois guéri Il est certain que les récidives devaient être fréquentes, car le moindre cheveu malade non entraîné était cause de la reprise du mal. La durée de ce traitement était en moyenne de 8 à 10 mois et dans toute la région de Cherbourg l'Hôtel Dieu avait une réputation incontestée.

On conçoit sans peine, les protestations que soulevèrent ce traitement barbare et l'on admet les vitupérations contre cette méthode de Richeraud et Alibert. Parmi les modernes Shœmaker entre autres s'indigne également. Au pis aller il était préférable de faire souffrir ces malades et de les guérir, mais à en croire les protestataires, ce procédé souvent mal appliqué n entraînait pas toujours la guérison et de ce fait la souffrance imposée au petit malade devenait inutile. Dans la polémique soulevée d'autres reprochèrent à ces médecins de ne pas vouloir guérir leurs malades, et blâmèrent leur abstention. Il est difficile de trancher la question. Beaucoup de praticiens comme Gallot essayaient de guérir leurs malades, en usant soit de l'acide nitrique, soit de l'oxyde de manganèse, soit encore d'onguent composé de charbon de bois et de soufre. Mais les résulats devaient être fort décevants.

Au début du XIXme siècle les frères Mahon, empiriques qui s'étaient spécialisés dans le traitement des teignes, usèrent d'un nouveau procédé d'épilation, qu'ils ne divulguèrent que fort tard. Ce traitement, entre leurs mains surtout, marque un réel progrès sur l'épilation de la calotte. Ils ramolissaient au préalable la peau, par des pommades contenant de l'axonge et des cendres végétales, après quoi ils en arrivaient à la seconde partie et la plus efficace de leur traitement : l'épilation aux doigts. Puis il se contentaient de maintenir en état la peau malade par des soins de propreté. Appliquée par eux cette méthode fit merveille.

A peu près vers cette époque, parurent les travaux de Gruby et de Malmsten (1843) qui mirent en lumière la nature parasitaire de ces affections. Mise en doute par Cazenave et

Grisolle qui le traitèrent « d'illusion de la micrographie », il fallut toute l'autorité de Bazin pour faire accepter la nouvelle découverte. En 1853 il établit la relation de cause à effet entre le champignon et la maladie, et prescrivit un traitement rationnel. Entre temps Lebert et Bennett essayèrent sans le moindre succès l'un les solutions de sublimé, l'autre les solutions d'acide sulfureux.

C'est alors que Bazin expliqua et formula de la manière suivante : « Avant mes recherches on se bornait à l'application extérieure des parasiticides, on ne détruisait donc que la partie aérienne du champignon et on laissait toujours sur la partie intracutanée du poil et dans le follicule pileux l'élément reproducteur de la maladie. Il est indispensable d'atteindre le parasite partout où il se trouve, presque sous la papille cutanée qui produit le poil ; c'est là l'unique but vers lequel on doit tendre et pour y parvenir l'épilation et les parasiticides sont également nécessaires ». Comme conséquence « tous les cheveux qui se trouvent autour des plaques grisâtres et dont la couleur a subi des modifications doivent être enlevés à la pince ». Après cette épilation un peu réduite puisqu'elle se contente de n'enlever que les cheveux malades et ceux qui paraissent sains, mais sur la périphérie des plaques seulement, il préconise des lotions avec une solution de sublimé à 4 pour 1000 et des onctions avec des pommades à l'acétate de cuivre à l'iodure de soufre et au turbith.

Comme tout progrès est à peu près fatalement suivi d'un court retour en arrière, parce que les résultats ne paraissent pas toujours répondre à ceux annoncés par les auteurs, on essaya sans succès de supprimer l'épilation et les topiques continuèrent à sévir aussi nombreux que variés. Ce furent l'acide phénique, la chrysarobine, les oléates de Hg, l'huile de croton, l'acide pyroligneux. Comme l'on pouvait s'y attendre toutes ces diverses substances ne donnèrent que des mécomptes. Besnier et Doyon, eux, accentuent encore le retour en arrière, découragés, reprenant les idées de Caze-

nave, et comme somme toute, le « doubte est un mol oreiller pour une tête bien faicte » ces auteurs concluaient que dans la teigne du cuir chevelu, la plus grande part de la guérison revenait à l'élimination spontanée.

« Les enfants, disent-ils, ne peuvent guérir qu'après 10, 12, 18 et 20 mois de soins, et si des médecins croient avoir trouvé le moyen de modifier cet état de choses, ils se font illusion ». Comme nous savons et comme ils savaient déjà que la teigne guérit spontanément après un temps fort long, les médecins étaient en droit de se demander, après avoir lu cette phrase, si en présence de la longueur actuelle du traitement, il y avait vraiment intérêt à s'occuper des malheureux teigneux et essayer de les guérir plus rapidement. Ensuite vinrent les traitements de Butte, de Besnier, de Hallopeau de Brocq, de Unna et de Quinquaud. Tous à peu de chose près se ressemblent. Les uns soignent la plaque alopécique en la recouvrant de pommades diverses, d'autres comme Quinquaud la ruginent avec une rugine de forme spéciale. L'iode, le goudron, la chrysarobine et le mercure forment le fond de leur thérapeutique topique. La forme de leurs pansements varie également ; Besnier emploie le Vigo, Hallopeau la calotte de caoutchouc, Unna des bandes de tarlatane mobiles et faisant volet puis recouvre le tout d'un bonnet de flanelle.

Malgré la complication de certains de ces traitements et leur minutie, les résultats n'étaient guère brillants, et ne justifient pas les dithyrambes de Carrère pour le traitement de Quinquaud. Des nombreuses observations publiées par lui, il ressort que sa durée moyenne était de dix-neuf mois. Nous ne trouvons pas de guérison s'étant effectuée en moins de 9 mois et par contre nous trouvons des malades ayant traîné leur affection jusqu'à 32 mois. Encore n'étaient-ils pas à l'abri des récidives !

Après l'échec de ces diverses méthodes essayant toutes « d'atteindre le parasite partout où il se trouve » combinées par périodes avec l'épilation, nous arrivons au moment où

les agents chimiques et mécaniques vont être abandonnés pour faire place aux seuls agents physiques maîtres de la thérapeutique actuelle des trichophyties du cuir chevelu.

Avant que soit érigé en système l'emploi des rayons X, Sabouraud avait auparavant étudié le pouvoir décalvant des toxines microbiennes injectées autour du point d'inoculation. Il rejeta cette méthode devant les insuccès qu'elle lui valut. Il fit encore l'étude du pouvoir dépilant de l'acétate de Thallium. Mais les accidents, albuminurie, gingivites, hémorragies sous-cutanées qui suivirent la guérison firent de nouveau abandonner cette thérapeutique.

En 1897 un fait, qu il est inutile de rappeler, attira l'attention sur le pouvoir décalvant des rayons X, et l'étude systématique en fut entreprise par Freund et Schiff en Allemagne, par Oudin et Barthélemy, Gaston, Brocq, Bussière, et Belot en France. Ce ne fut qu'après de longs tâtonnements que la formule définitive fut trouvée. Tantôt la chute des cheveux était insuffisante faute d'avoir l'instrumentation nécessaire et par l'emploi de mauvaises techniques, tantôt au contraire s'établissait une alopécie définitive, la mesure étant dépassée.

C'est que l'on ne savait point encore à cette époque ni mesurer la quantité des rayons à faire absorber à la peau, ni placer la région à irradier à la distance nécessaire. Sabouraud résuma la question après de longues recherches dans cette formule : « Pour guérir une plaque de teigne, il faut l'exposer à une distance de 15 centimètres du centre de l'ampoule de Villars, l'ampoule ayant une résistance constante correspondant à la 4e division du radio-chronomètre de Benoist, jusqu'à ce que la source électrique ait fourni une somme de rayons X correspondant à 4 1/2 ou 5 unités Holzknecht ». La disparition des pastilles Holzknecht obligea Sabouraud en collaboration avec Noiré à rechercher une nouvelle méthode de contrôle des quantités de rayons X émis par une ampoule. Ils firent à la suite de ces recherches des pastilles au platino-cyanure de Baryum dont les modifi-

cations de teintes au cours d'une séance indiquaient le débit de l'ampoule et mesuraient l'irrâdiation du cuir chevelu. De son côté l'appareillage subit aussi quelques modifications, et d'ores et déjà une thérapeutique méthodique par l'emploi des agents physiques pouvait être mise en vigueur.

Nous voyons alors apparaître la méthode des cercles et des carrés encore employée à l'heure actuelle à l'Ecole Lailler. La tête divisée suivant un certain ordre en cercles ou en carrés empiétant légèrement les uns sur les autres est irradiée avec ordre, les zones non soumises à l'action des rayons étant recouvertes soit de disques de plomb maintenus par une jarretière en caoutchouc, soit de sparadrop de Vigo sur 2 épaisseurs absorbant 75 °/₀ des rayons émis. Mais la complexité de cette méthode et ses multiples inconvénients durent la faire abandonner. En effet sur la périphérie des surfaces soumises à l'action des rayons, se trouvaient des zones de chevauchement et ces zones soumises deux fois à l'action des rayons tombant suivant la normale, étaient le siège de plaques ou de rigoles d'alopécie définitive. Il pouvait advenir aussi que l'opérateur ayant oublié de marquer une aire irradiée soumettait le même cercle à l'action des rayons, d'où forcément radio dermite et partant alopécie définitive. Kienböck à Vienne fit l'emploi d'une méthode nouvelle supprimant les cercles et les carrés. Elle fut reprise en 1909 par Adamson qui publia 75 cas de teignes traités par cette méthode. Plus récemment encore, en 1920, J. Gouin à Brest l'utilise et lui donne le nom de méthode des feux croisés en surface par opposition à la méthode de Belot des feux croisés en profondeur pour le traitement des tumeurs.

En présence des traitements nouveaux et des résultats obtenus par l'électricité dans le traitement des teignes, on serait tenté de croire que les méthodes empiriques ou tout au moins préhistoriques avaient vécu ; il n'en est rien. Dans le journal, *le Monde Médical,* à la date du 15 novembre 1919, nous trouvons un article signé par le Dr J. Stasson,

décrivant un nouveau procédé mécanique et chimique guérissant la teigne en 15 jours !!! Sa façon d'opérer est la suivante : sur le crâne préalablement rasé du patient, après avoir épongé une solution iodo-iodurée à 5 °/₀ on brosse avec un savon au sublimé pendant 15 minutes, en insistant sur les parties malades et sans s'inquiéter des douleurs provoquées. Une main habile et surtout énergique est nécessaire. Ceci fait, verser sur le crâne une couche de 2 millimètres d'épaisseur de la solution :

Traumaticine..... 100 grammes.
Solution iodée..... 7 grammes 50.

Recouvrir d'un bonnet de batiste cerclé d'une bande de caoutchouc. Le lendemain on arrache le tout d'un seul geste pour que « en se décollant brusquement » la gaze « arrache tous les cheveux malades ». Cette petite séance se continue tous les jours, pendant quinze jours consécutifs. Pour le malheur de quelques teigneux, cette méthode que tout praticien peut contrôler « en s'assurant de son efficacité » fut mise en pratique. Il est inutile d'insister sur la barbarie de ce procédé qui rappelle les mauvais jours de la calotte, avec cette circonstance aggravante que six à huit calottes suffisaient, alors qu'ici quinze séances sont nécessaires. Il est de plus inopérant et donne une fausse sécurité trompeuse, car si au bout de quinze jours, les cheveux paraissent tombés, le malade n'est point pour cela à l'abri de la récidive. Le cheveu sain est arraché jusqu'au bulbe pileux y compris, le cheveu malade lui se casse et ne suit pas. Nous savons que le microsporum a une vitalité particulière qui lui permet de se reproduire avec un minimum de germes. Un seul cheveu oublié et c'est la rechute. Il est donc prudent de n'accorder qu'un simple intérêt de curiosité pure à cette méthode qui paraît procéder d'un ordre routinier et réfractaire aux idées modernes. Les installations radiologiques se sont multipliées et la simplicité du procédé de Gouin le met à la portée de tout radiothérapeute. Donc en toute occasion

et en n'importe quel lieu on peut avoir recours à elle, sans utiliser des procédés barbares, inopérants et dignes d'un autre âge comme celui dont nous venons de faire la critique.

Avant de passer à l'étude de l'important traitement actuel il nous paraît utile de fixer un point d'histoire du traitement des Teignes à Bordeaux. Avant que fussent institués les traitements par les rayons X, M. le Professeur Dubreuilh avait soigné des teignes par l'épilation à la pince combinée avec un traitement à la chrysarobine. Bien que les traitements fussent longs les résultats ne manquèrent point d'être excellents. Nous avons pu nous en convaincre nous-même, car nous vîmes un malade traité par M. le Professeur agrégé Petges avant l'installation de son service à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux. Le procédé fut celui dont nous parlons plus haut : Epilation à la pince et alternant entre elles pommades à la chrysarobine iodée et pommade de Witfield modifiée par Petges et dont voici la formule :

Vaseline.....	20	grammes.
Lanoline.....	10	—
Acide benzoïque.....	2	—
Acide salicylique.....	1	—

Dans le centre de Dermato-Vénéréologie de la 11e Région M. le Professeur agrégé Petges, avait pu étudier le procédé de Kienböck-Adamson, car de nombreux cas de favus de l'adulte se présentèrent. Ils furent tout d'abord traités par le Dr Loiseleur (de Laval) un électrothérapeute distingué en collaboration avec MM. Gouin et ensuite M. le Professeur agrégé Petges. Le 3 décembre 1918 une communication fut faite par le même avec le Dr Loiseleur à la Réunion radiologique de la 11e Région sur le traitement radiothérapique du Favus chez l'adulte.

Tout dernièrement le 17 mai 1918, en collaboration avec le Dr Gouin, M. Petges fit une nouvelle communication à la société française de Dermatologie et syphiligraphie sur le traitement des Teignes par la Méthode de Kienböck-Adam-

son. Convaincu de l'importance de la thérapeutique par ce procédé M. le Dr Roques Chef de service de radiologie à l'hôpital des Enfants, sur la demande de M. le Professeur agrégé Petges, en fit l'application sur les teigneux du service.

C'est donc par ce procédé que furent traités en 1920 et 21 à l'Hôpital des Enfants (121) cas de teignes tondantes et de favus. Nous allons décrire cette méthode dans les pages suivantes, sa technique, ses avantages et aussi malheureusement ses imperfections. Telle qu'elle est néanmoins cette méthode constitue un très grand progrès sur celle précédente puisque nous n'avons jamais eu de récidives et point d'alopécies définitives, bien que nous relevions dans nos observations (obs. 63) un cas douteux de radiodermite légère qui s'impétiginisa.

CHAPITRE III

LE TRAITEMENT A L'HOPITAL DES ENFANTS

1° *Appareillage*

C'est la Crédence Gaiffe avec bobine Rochefort. Gaiffe n° 2, interrupteur Blondel, et tableau habituel bien connu, construits pour fonctionner sur courant continu entre 110 et 120 volts. Mais le secteur électrique alimentant l'Hôpital des Enfants ne fournit que du courant alternatif triphasé à 50 périodes. Celui-ci actionne le moteur d'une dynamo qui fournit à la Crédence Gaiffe le courant continu nécessaire. C'est là l'appareillage qui à l'hôpital des Enfants sert aux diverses applications radiologiques les plus courantes, on voit que le radiologue de l'Hôpital des Enfants peut fonctionner avec une installation identique à celle de M. Gouin, et peut aussi se rapprocher beaucoup des conditions dans lesquelles opère M. Noiré à l'Hôpital Saint-Louis.

Cependant, la grande habitude qu'à le personnel de l'ampoule Pilon O M 2 fait conserver son usage pour la radiothérapie des Teignes. Elle est tenue et mise en position par le pied support de Gaiffe grand modèle.

L'ouverture intérieure de la cupule est ramenée par un diaphragme en plomb à une circonférence de 10 cm. de diamètre.

Les constantes utilisées sont :

Primaire.	2 ampères.
Secondaire.	0,06 milli-ampère.
Etincelle	11 centimètres.
Rayons	6 à 7. Benoist.

A tous ces facteurs se joint la quantitométrie qui se fait au moyen des pastilles de Sabouraud-Noiré. Elle a été faite aussi avec le quantitomètre de Bordier. L'usage de ce procédé de mesure a confirmé les opérateurs dans l'opinion qu'ils avaient antérieurement sur sa valeur : il n'est pas toujours fidèle. M. Nogier de la *Presse médical*, janvier 1919, exprimait son opinion en ces termes : « Après l'avoir longuement utilisé, je résumerai sur lui, mon opinion bien sincère en disant que je renoncerais à faire de la radiothérapie si, pour une raison quelconque je venais à en être privé. » Nos opinions sont diamétralement opposées, car, à l'usage, nous avons pu nous rendre compte que toutes ces pastilles ne sont pas absolument semblables les unes aux autres et trop de circonstances peuvent pendant la pose avoir une influence sur leur virage. Enfiin les teintes étalons surtout à l'Echelle Bordier peuvent n'être pas très exactes.

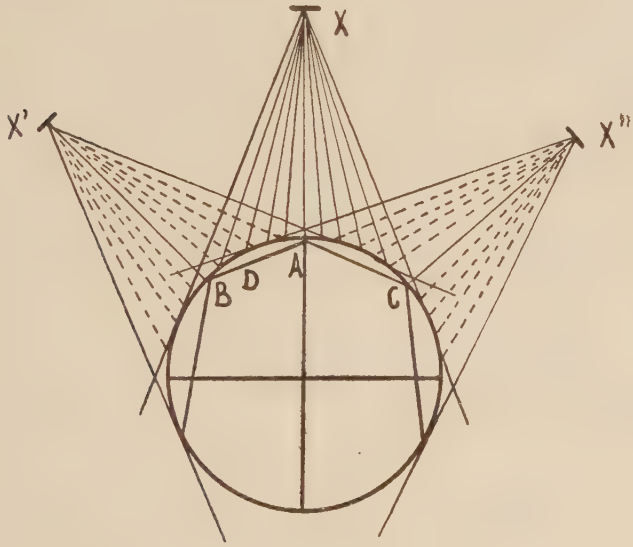
La quantitométrie ne doit donc pas faire oublier la prise en considération de tous les autres facteurs posologiques.

Principes de la méthode

Gouin définit le principe et formule ainsi le traitement : « Faire absorber uniformément au cuir chevelu dans toute son étendue en 5 séances de 5 unités H chacune la dose nécessaire et suffisante pour déterminer une chute égale des cheveux et en assurer uniformément la repousse. » C'est en somme le principe de l'ancienne méthode des cercles et des

carrés, mais seule la technique en diffère. La méthode des cercles en effet par son extrême division de la surface à irradier, a pour principe de diriger sur chaque aire, une irradiation normale donnant en bloc la dose nécessaire pour la chute des cheveux. Or la méthode des feux croisés diffère en ceci que seul le centre du secteur reçoit cette dose parce qu'il est le point où va tomber le rayon normal. Mais en s'éloignant du centre vers la périphérie ces rayons obliques venant d'irradiations successives, s'ajoutent de telle façon que sur un point pris isolément la somme des quantités reçues par le cuir chevelu est de 5 H en deux fois.

Théoriquement nous pouvons assimiler un crâne à une sphère. Si sur cette sphère nous faisons tomber une source X un faisceau de rayons divergents sur le point A, nous voyons que les rayons émis sur cette surface convexe sont de trois sortes : un rayon normal tombant sur le centre de la zone irradiée, des rayons obliques sur l'aire de cette surface, et des rayons tangentiels sur la périphérie du cercle.



En faisant tomber du point X' situé à la même distance que X un second faisceau nous déterminerons une nouvelle

zone dont le centre sera le point B. Sur le 3me point de cette sphère, le point C, nous faisons tomber de X'' un faisceau identique aux deux premiers. Sur ces points A, B, C point de contact du rayon normal tombé sur eux la quantité de 5 H nécessaire est reçue en une seule fois, puisque ces points sont effleurés par la suite par les rayons tangentiels émanés des sources considérées ; en A les rayons venant de X' et X'' en B et en C, les rayons issus de X. Donc sur ces points il ne se produit aucune addition. Considérons la surface A, B recevant ces rayons émanés de X. Nous voyons que les rayons deviennent de plus en plus obliques à mesure que l'on s'éloigne du centre, et c'est ici qu'intervient la loi qui veut que la somme des radiations décroisse en raison directe du carré des distances. Nous reportant alors au faisceau venu de X' on voit suivant la même loi les quantités s'ajouter en proportion inverse des quantités précédentes, c'est-à-dire que les points ayant reçu de X les radiations les plus obliques, reçoivent en ce moment les rayons les moins obliques venus de X'. La même démonstration peut se faire sur la zone A, C avec le faisceau sorti de X''. Si dans la surface comprise entre A et B nous prenons un point D, nous voyons que sur ce point à proximité de la périphérie la source X envoie les rayons les plus obliques, et reçoit par contre les moins obliques de X'. Si donc il reçoit 4 fois moins de X il reçoit au contraire 4 fois plus de X' et la quantité moindre issue de X venant s'ajouter à la quantité plus forte de X' donne comme résultat une somme de 5 H égale à la somme reçue en une seule fois par les points A, B et C point d'impact des rayons normaux. La quantitométrie, lorsqu'elle est fidèle permet la vérification de ces données théoriques et les corrobore.

Technique d'application de la méthode

De cette conception théorique découlent forcément les applications pratiques. Ici, dans cette méthode tout est dans

le choix des aires à irradier. Le crâne peut être, nous l'avons vu, assimilé à une sphère dont l'hémisphère supérieure et une faible partie de l'hémisphère inférieure doivent subir le feu de l'ampoule. Le nombre des surfaces est réduit à cinq. Dans son travail sur les teignes en Basse-Bretagne et leur traitement radiothérapique Le Gloahec, le détermine de la façon suivante : « On peut concevoir facilement que la tête « puisse être irradiée en totalité en cinq séances. Puisque « chaque séance d'irradiation couvre au minimum une zone « de cuir chevelu égale à 13 centimètres de diamètre, les 5 « applications couvriront donc 5 fois la surface d'une cir- « conférence de $6^{cm},5$ de rayon. Le traitement terminé, cer- « tains points du cuir chevelu auront reçu plusieurs expo- « sitions et la surface irradiée sera plus grande que la sur- « face à irradier.

« En effet le rayon d'une zone irradiée en une séance étant « de 6,5 centimètres, la surface de cette zone sera :

$$S = \Pi R^2 = 3,1416 \times (6,5)^2 = 132 \text{ cm}^2, 7326.$$

« Et comme l'on a 5 irradiations semblables, on aura $S = 5\ s = 663 \text{ cm}^2, 66$.

« La surface irradiée pendant les cinq séances sera donc « sensiblement de 663 cm^2.

« D'autre part la surface à irradier, c'est-à-dire la surface « du crâne recouverte de cheveux est facile à déterminer.

« Nous verrons que les chiffres obtenus dans la mesure « de la ligne sagittale du cuir chevelu était suivant chaque « individu de 30, 31 ou 32 centimètres ; ceux de la ligne « bi-auriculaire perpendiculaire à la précédente 29, 30, 31 « centimètres. On peut admettre pour la discussion que les « mesures de ces deux lignes sont sensiblement les mêmes « et considérer la surface du cuir chevelu, comme étant « celle d'une moitié de sphère. Si donc nous prenons com- « me périphérie le chiffre moyen de 30 centimètres le rayon « nous sera donné par la formule :

$$« \ r = \frac{30}{3,1416} = 9,5.$$

« Et la surface :

$$« \; s = 4 \pi r^2 = 1133 \text{ cm}^2 11.$$

« D'où la surface d'une demi-sphère :

$$« \; \frac{S}{s} = 566 \text{ cm}^2 35 \text{ soit } 566 \text{ cm}^2.$$

« Si l'on compare ce chiffre au chiffre précédent (663 cm²)
« on voit de suite que la surface à irradier est plus grande
« que la surface irradiée. »

Le détermination du point principal est prépondérante. Gouin la pratique de la façon suivante. Dans un premier temps au moyen d'un mètre souple, on mesure suivant le plan sagittal en passant par le sommet du crâne la distance qui sépare la naissance des cheveux du front, de l'origine des cheveux de la nuque. L'opération se fait sur un crâne préalablement rasé ou dont les cheveux sont coupés très court. La distance trouvée varie suivant les dispositions individuelles et oscille entre 30 et 32 centimètres. On trace sur la tête le plan de cette section. Dans le second temps après avoir déterminé le milieu de cette ligne on trace en passant par ce point une ligne transversale partant de la région sus-auriculaire et rejoignant la région analogue du côté opposé. La longueur de cette ligne varie entre 29 et 31 cm. Le point d'intersection de ces deux lignes détermine le point principal sur lequel sera faite la première irradiation. Il se trouve donc placé à égale distance de l'origine des cheveux du front et des premières implantations de la nuque d'une part et des deux régions sus-auriculaires de l'autre.

Pour déterminer les points secondaires, il suffit de les placer sur la croix ainsi tracée à 10 cm. de chaque côté du point principal. On a donc délimité de cette façon cinq points d'irradiation qui sont :

1° Le point principal ou point du sommet.
2° Le point secondaire fronto pariétal.
3° — — occipital.

4° Le point secondaire sus-auriculaire droit.
5° — — sus-auriculaire gauche.

Le Dr Thorel du Hâvre, cité par le Gloahec emploie une technique un peu différente : « Après avoir tracé sur le cuir chevelu du sujet une ligne antéro-postérieure divisant très exactement la tête en deux parties égales, il choisit comme premier point, l'endroit où cette ligne fait l'angle le plus proéminent. Il est un peu variable suivant la forme de la tête : en général c'est le point occipital. Deux autres points sont marqués sur cette ligne de façon à ce qu'ils se trouvent coïncider avec une proéminence et à ce que les trois points soient entre eux à 10 ou 11 cent. de distance ; le point antérieur doit arriver à 5 centimètres de la bordure du cuir chevelu. Il faut savoir tricher un peu dit le Dr Thorel : les deux points latéraux sont choisis de telle façon qu'ils sont à 10 centimètres du point principal et à égale distance des points antérieur et postérieur. »

A l'Hôpital des Enfants de Bordeaux, imitant la pratique de M. Noiré l'on se servit pour la détermination de ces points, d'un croisillon fait de deux lames métalliques souples, courbées en arc de cercle et portant plusieurs perforations. Une au centre et une à chaque extrémité de la tige, de telle façon qu'elles se trouvent chacune à 10 centimètres de l'orifice central. Ces ouvertures correspondent au point où doit tomber le rayon normal. On marquait leur place sur le cuir chevelu au moyen d'un crayon d'aniline et la détermination était ainsi rapidement faite. Malheureusement cet appareil bon dans sa conception dut être rejeté pour la pratique courante, en raison de la diversité des formes des têtes sur lequel il était appelé à s'adapter. Aussi dût-on en revenir à une pratique qui rappelle fort celle dont M. le Dr Thorel fait usage.

Bien que ces diverses méthodes n'aient point donné de mécomptes, j'estime que l'on doit en revenir à la pratique de M. le Dr Gouin, car elle est la seule qui puisse permettre

les résultats les meilleurs en raison de sa très grande souplesse. C'est donc à elle qu'il faut avoir recours dans tous les cas.

Position du sujet et de l'ampoule

Les points centraux des aires à irradier étant ainsi déterminés on passe à l'application des rayons. L'irradiation initiale se fait au point principal, le sommet, qui est le centre autour duquel gravite tout le traitement.

1° *Point du Sommet.* — Pour traiter le sommet comme d'ailleurs pour toutes les régions, Gouin et avec lui tous les opérateurs utilisant ce procédé, préconisent la position couchée. L'immobilité du sujet (toujours un enfant) nécessaire à la bonne marche de l'opération est, disent-ils, beaucoup plus facilement obtenue dans cette position. Le patient étant donc allongé dans le décubitus ventral, on lui place la tête sur un coussin dur mais présentant une certaine souplesse et les bras étant repliés sous le menton, on l'immobilise dans cette position au moyen de sacs de sable, et d'une hauteur de 15 centimètres prise à l'anticathode on fait tomber le rayon.

2° *Région fronto pariétale.* — Sans changer la position du sujet toujours dans le décubitus ventral on soulève sa tête soit au moyen de coussins, soit en soulevant le plan mobile de la table sur laquelle il est couché.

3° *Région occipitale.* — La position générale n'a toujours pas changé, mais l'attitude de la tête du sujet est modifiée par l'interposition d'un coussin léger entre sa poitrine et le plan de la table, de façon à bien faire tomber le rayon sur la bosse occipitale.

4° et 5° *Régions sus auriculaires.* — Ici la position de décubitus est changée, le malade est couché suivant le besoin sur le côté droit ou sur le côté gauche, la tête reposant sur un coussin et calée par des sacs de sable placés latéralement.

Une feuille de plomb protège l'oreille au moment de l'irradiation.

Telle est la façon de procéder de Gouin. En réalité l'immobilité nécessaire n'est point toujours ainsi obtenue. Les sujets très jeunes pour la plupart sont instables, soit en raison de leur caractère, soit en raison de l'appréhension qu'ils éprouvent du fait ou de la crépitation des étincelles ou de la lumière émise par le tube. D'un autre côté la position dans le décubitus ventral est fatigante à la longue, et lorsque l'enfant tient son menton dans ses mains les mouvements respiratoires gênés dans leur expansion par le plan résistant inférieur, se transmettent à la tête, et celle ci oscille avec d'autant plus d'amplitude que les leviers de transmission sont plus longs.

Pour obvier à cet inconvénient plusieurs systèmes furent imaginés par Sabouraud d'abord et par les autres opérateurs qui usèrent de la méthode. Tous les procédés ont l'inconvénient d'être un sujet supplémentaire de crainte pour l'enfant. On réalise beaucoup mieux cette immobilité et c'est ce qui se fait à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux, en asseyant l'enfant sur une chaise, la tête fixée en arrière par un dispositif articulé analogue à celui qu'emploient les photographes professionnels pour stabiliser la tête de leurs sujets. Au bout d'un temps très court d'ailleurs l'enfant ne tarde pas à s'endormir et dès lors ses mouvements ne sont plus à redouter. Il devient alors d'une docilité ou plutôt d'une malléabilité parfaite. Néanmoins le décubitus latéral pour le traitement des zones sus-auriculaires me paraît préférable, car cette position est mieux supportée par l'enfant que le décubitus dans la position ventrale et le menton dans ses mains. Les positions de l'ampoule varient normalement avec les positions de la tête, elles s'obtiennent facilement avec les articulations des bras qui supportent l'ampoule. Elles doivent être très souples et de maniement facile. Le centrage se fait au moyen d'un ajutage à tube localisateur de lumière très petit, l'orifice de ce tube fait tomber le faisceau

sur le centre de l'aire choisie. Au moment d'opérer on enlève l'ajutage.

Pour assurer le maintien du centrage pendant l'opération plusieurs appareils furent utilisés depuis les deux pointes de bois d'Adamson fixées à la chape de l'ampoule jusqu'à la croix de Gouin. Avec la façon d'opérer de l'Hôpital des Enfants ces appareils encombrants et terrifiants pour l'enfant sont devenus à peu près inutiles.

Avantages de cette méthode

Les deux principaux avantages sont sa simplicité et sa rapidité.

Sa simplicité, car elle est à la portée de tout praticien pourvu d'une installation de rayons X ne nécessitant pas d'instrumentation supplémentaire. Sans éducation spéciale n'importe quel opérateur peut déterminer les points centraux des zones à soumettre au feu des rayons, et si l'on considère que c'est là le point capital de cette méthode on voit le peu de difficulté présenté par ce mode de traitement.

Il est rapide parce que le nombre des zones à traiter est réduit à un minimum. Dans la méthode des cercles, nous voyons qu'il est nécessaire de déterminer au moins 9 zones. La durée de l'irradiation tout comme dans le procédé qui nous occupe est de 11 minutes pour chaque cercle. Nous voyons donc qu'il faut $9 \times 11 = 99$ minutes pour le traitement seul. Admettons qu'il faille cinq minutes seulement pour le changement de la zone, enlèvement de la plaque de plomb et pose de cette plaque sur la zone qui vient d'être traitée, changement de position du sujet etc... Nous trouvons un temps de préparation égal à 45 minutes, qui ajoutées aux 99 autres forment un total de 144 minutes soit 2 heures 24 minutes. L'énervement et la fatigue de l'enfant nécessitent l'interruption de la séance et sa terminaison dans une

séance suivante. Il s'ensuit que la dépilation et la repousse ne peuvent se faire de façon uniforme.

Dans notre méthode au contraire, nous voyons que le temps se réduit dans la proportion du simple au double. 5 zones à 11 minutes donnent 55 minutes, dix minutes perdues pour les changements d'attitude donnent au maximum 1 heure 5 minutes. Cette durée est parfaitement bien tolérée par l'enfant malgré l'impatience naturelle à son âge. De cette réduction du temps découle forcément une économie, soit pour la quantité d'énergie électrique dépensée, soit pour l'usure du matériel qui est forcément 2 fois moindre que pour la méthode des cercles. Et les tubes tenant mieux leurs constantes la tension d'esprit du personnel opérant et partant leur fatigue sont diminuées dans de larges proportions.

Mais ce ne sont point là ses seuls avantages. Parmi tous les cas relatés dans nos observations nous n'avons point vu une seule récidive. Nous y voyons la chute des cheveux commencer vers le 18e jour pour se terminer vers le 21e. Dans certains cas même où les enfants pour une raison quelconque furent gardés au delà du jour où l'épilation fut complète, nous pûmes constater que la repousse se faisait de façon égale vers le commencement du deuxième mois. La guérison était donc complète. D'ailleurs les enfants qui avaient obtenu leur exeat étaient surveillés et ramenés à la consultation tous les huit jours en moyenne. De cette façon les progrès de leur guérison étaient contrôlés de façon parfaite.

Imperfections

Est-ce à dire que cette méthode soit parfaite ? Les résultats enregistrés certes sont excellents et parfaitement réconfortants. Malgré cela certaines appréhensions étaient bien légitimes. Dans les observations que nous publions (obs. 7, 9, 15, 26, 28, 29, 35, 49, 51, 56, 61, 64, soit en tout 12 cas,

nous voyons persister une couronne de cheveux en bordure. Tout pouvait faire craindre que des champignons ne soient restés dans ces cheveux et que des récidives ne surviennent dans la suite. En fait il n'en a rien été. Comment s'expliquer cette anomalie? Nous avons, pour les besoins de la théorie, assimilé le crâne à une sphère. Mais le crâne est loin d'avoir cette courbure parfaite. Nous y voyons au contraire des saillies et des méplats. Tenant compte des variations individuelles nous pouvons voir des crânes dolichocéphales allongés dans le sens antéro-postérieur, nous pouvons trouver parfois, ce n'est pas rare chez l'enfant, des bosses frontales dével. ppées ou une bosse occipitale proéminente. Il en est également ainsi pour les régions sus auriculaires, où les bosses pariétales peuvent être saillantes. Le rayon ne tombe donc pas de façon régulière sur eux. D'un autre côté ces points situés à la périphérie des zones irradiées ne reçoivent dans l'unique irradiation que des rayons obliques. Et bien que ce soient les rayons les moins obliques qui tombent sur eux la somme de 5 H n'est pas toujours atteinte. Et de plus si les bosses sont trop proéminentes les points situés à leur base peuvent se trouver en angle mort par rapport au feu tendu des rayons.

Dans la plupart des cas néanmoins, le follicule pileux était sidéré et l'épilation put être terminée à la pince. Le seul moyen de correction de cette imperfection nous paraît être dans une irradiation supplémentaire en déterminant un nouveau point situé plus bas que les 4 points secondaires. Et comme le cuir chevelu ne recevrait que des irradiations obliques au centre des irradiations secondaires, la limite de la radiotermite étant à 8 H, la détermination de ces points tertiaires, ne nous paraît point offrir d'inconvénients. Ils seraient en tout état de cause, infiniment moins graves que ceux présentés par la méthode des cercles qui creuse de véritables sillons sur le cuir chevelu, et dans laquelle les zones de chevauchement des plaques de plomb sont marquées par des rigoles indélébiles d'alopécie défini-

tive. Telle qu'elle est cependant et sans adjonction de temps supplémentaire, en regard des résultats obtenus nous pouvons affirmer l'excellence de cette méthode et ses multiples avantages pour le sujet, l'opérateur et l'appareillage. Elle doit donc être toujours la méthode de choix pour le traitement des trichophyties du cuir chevelu.

CHAPITRE IV

PROPHYLAXIE DE LA TEIGNE

La teigne est surtout une maladie de la classe pauvre et les moyens de la prévenir sont limités. Aussi le traitement radiothérapique sera-t-il la base de toute bonne prophylaxie.

Pour le favus, des mesures internationales sont nécessaires, nous savons que chez certaines races humaines, comme les Arabes et les Indo-Chinois le favus est endémique. Une surveillance au débarquement de ces indigènes nous paraît absolument nécessaire.

Dans l'évolution des microspories nous avons vu combien leur début est insidieux et que seulement à la période d'état, les lésions sont apparentes et de diagnostic relativement facile. Il est de toute évidence que de par son caractère scolaire, une surveillance étroite à l'Ecole serait de rigueur. Les règlements sont d'ailleurs formels et tout teigneux avéré et partant contagieux doit être écarté jusqu'à guérison complète. Or souvent le médecin chargé de l'inspection scolaire, par ailleurs chargé de besogne, peut être débordé et n'accorder de ce fait qu'une attention insuffisante aux enfants

placés sous sa surveillance. L'instituteur nous paraît dès lors l'agent sanitaire tout désigné pour jouer un rôle particulièrement actif dans la prophylaxie de la teigne. Malheureusement dans le cours de ses études à l'Ecole Normale rien, dans les cours d'hygiène qui leur sont faits au courant de leur 3e année d'études, n'attire particulièrement leur attention sur cette redoutable maladie. Le sujet est à peine effleuré et une fois en fonctions, le maître d'école n'accorde que peu de valeur à une maladie dont on lui a à peine parlé. Il serait donc de toute nécessité qu'un enseignement plus large sur cette question, soit introduit dans son programme d'études, non point pour lui permettre de porter lui-même un diagnostic que l'on ne peut vérifier qu'au microscope, mais au moins pour que son attention soit attirée sur cette dermatomycose. Durant les heures de classe, le maître d'école voit devant lui toutes les têtes découvertes, que les enfants aient les cheveux coupés courts et l'aspect d'une plaque teigneuse ne peut que frapper sa vue. Il lui devient donc facile, dès ce moment que son attention est éveillée sur l'idée de teigne de confier son élève au médecin scolaire, qui, lui, confirmera le diagnostic et écartera de l'école le petit teigneux source de contagion pour tous ses camarades. Indépendamment de toutes les contagions, pédiculoses et autres qui se transmettent dans ce milieu avec d'autant plus de facilité que les soins hygièniques ne sont point l'apanage des classes pauvres fréquentant les écoles primaires, en temps d'épidémie de teigne beaucoup de cas seraient évités si les enfants portant les cheveux coupés courts pouvaient recevoir les soins fréquents, lavages du crâne et onctions iodées qui les mettraient en grande partie à l'abri de la contagion. L'instituteur devra veiller en outre à ce que durant les récréations les enfants en jouant n'échangent point leurs coiffures, et que en classe il ne se penchent point sur le même livre pour lire.

Pour éviter des pertes de temps à l'élève, tous les malades d'une même région pourraient être centralisés au chef lieu

d'une académie. Celle-ci possédant une Faculté ou Ecole de Médecine avec les hôpitaux est pourvue des appareillages les plus modernes. Là des écoles pourraient être créées afin de recevoir les enfants atteints de trichophyties, écoles qui leur permettraient sinon de continuer le cours de leurs études, du moins de ne pas perdre les notions acquises, et leur assureraient en même temps le traitement que leur état réclame.

Ainsi séparés de leurs camarades sains, tous ces petits malades ne sont plus dangereux et leur guérison pourrait être rapidement obtenue dans les meilleures conditions tant morales que matérielles.

OBSERVATIONS

Observation 1

C... L..., 10 ans et 6 ans, 23 mai 1919.

Trichophyties en plaques disséminées multiples type tondante. Examen microscopique (+) ; épilé par R. X. 12 octobre repousse complète.

Observation 2

G... N... et F..., 11 ans, 7 juillet 1919.

Trichophyties. Région occipitale plaques semi alopécique à cheveux raréfiés. Examen difficile par application précédente de pommade.

Examen microscopique (+). Décembre repousse complète après épilation par R. X.

Observation 3

G... L..., 5 septembre 1919. Examen microcospique (+).

13 octobre. — Radio sur la région temporo-occipitale droite, place alopécique de 20 × 12 ailleurs cheveux indemnes.

28 mai 1920. — Nouvelle application radio.

27 septembre 1920. — Repousse complète, la région occipitale est couverte par un duvet.

Observation 4

L... P..., 12 ans. Favus ; début enfance.

Cuir chevelu en partie décalvé avec épiderme aminci, athrophique, cicatrisant. Traité en 1917 chez Sabouraud à Paris par rayon X. Récidive en 1919. Renvoyé à Paris chez Sabouraud en juin où il a été traité sur région temporale droite. Actuellement lésion croûteuse jaune adhérente de la région occipitale.

Pommade iodée et chrysarobine, Epilation par R. X pratiquée plus tard avec bon résultat.

Observation 5

G... P..., 6 ans 1/2. Depuis un temps indéterminé, l'enfant qui était au solarium de G... présente quatre plaques alopéciques : une sur région fronto-pariétale D. (6 cm. de diamètre) 2° région occipitale gauche (pièce 5 francs) deux régions fronto-pariétale D. de 1 cm. diamètre environ. Lésions squameuses avec cheveux coupés court, mais déformés par application teinture d'iode.

15 novembre 1919. — Traité par 4 applications R. X du 3 au 8 novembre. Dernière 17 novembre.

9 février 1920. — Paraît guéri, les cheveux repoussent, peut aller en classe.

23 février 1920. — La repousse des cheveux est complète.

Observation 6

B... L..., 7 ans 1/2. Vaste placard de 10 cm. de d. environ sur bosse temporale droite, alopécique, squam. cheveux coupés court.

2 autres placards. Diam. 1 franc sur région fronto-pariétale gauche. Examen microscopique (+) (M. Audouïni).

7 novembre 1919. — Application de rayons X.

14 janvier 1920. — La repousse est complète, lésion guérie.

Observation 7

S... H..., 5 ans, 27 octobre 1919. — T. Gypseum. Plaque dimension 2 francs sur bosse occipit. avec quelques rares cheveux. Rouge infiltrée squameuse. Quelques cheveux coupés court, cicatrices, 5 à 6 plaques disséminées impétigineuses.

26 novembre. — R. X. Chute 14 jours après, complète après 1 mois sauf région frontale et occipitale où l'irradiation a été moindre. Epilation à la pince en ces points.

27 février 1920. — Guérison. Repousse complète partout.

Observation 8

O... G..., 6 ans, 3 plaques (2 f., 1 f., 0,50) sur région temp. gauche et région occipitale, décalvées, cheveux cassés. Squames évoluant depuis 2 mois (?) Solarium depuis juillet 19, R. X. 5 zones irradiées. Dernière séance 24 novembre 19.

5 janvier 1920. — Après alopécie complète repousse générale sous forme d'un duvet avec quelques cheveux plus gros et d'aspect presque normal.

6 février 1920. — Repousse compléte.

Observation 9

G... S..., 5 ans, 21 novembre 1919. — Placard sur région temporo-pariétale. Quinzaine d'ilots gros comme un pois, disséminés sur cuir chevelu région occipit. surtout.

M. Audouïni (+) après examen microscopique.

Traité R. X. 18 au 29 novembre. Sommet 11 minutes, 15 cm.; sur le reste de la tête 11 minutes, 15 cm. Le 20 décembre le sommet et la partie supérieure de la tête sont épilés.

10 janvier. — La repousse commence.

Observation 10

C... J..., 9 ans 1/2. Examen (+) culture. Sommet R. fronto-pariétale. R. X. Pas de chute.

19 décembre 1919. — Couper cheveux, pommade chrysarobine pendant 1 mois.

26 janvier 20. — 2 placards limités sur région frontale, 2 francs, cheveux rares et courts.

13 novembre 1920. — R. X. Epilation commencée 10e jour. Alopécie complète.

Observation 11

D... A..., 5 ans. Solarium Gradignan en juillet, août, septembre.

12 décembre 1919. — Tricho-violaceum.

Vaste plaque 10 cm. x 5 cm. décalvée squamo-croûteuse, région pariétale gauche. Examen de squ. (+).

29 décembre 1919. — R. X. Pas de chute.

14 mai 1920. — 5 applications. R. X. le 31 mai la chute est complète.

Observation 12

D... Y..., 6 ans, 5 janvier 1920. — Placard 5 fr. sur région frontale, squames grasses avec raréfaction des cheveux. Examen (+). Epilation à la pince 19 mars, R. X. 20 et 23 mars, 11 minutes, 15 centimètres. 29 avril épilation complète.

Observation 13

B... O..., 14 ans 1/2, 26 janvier 1920. — Favus.

Datant de l'âge de 4 ans 1/2. Vient de l'hôpital Angoulême. Traité par R. X. Le 25 février 1920, l'épilation est complète.

Observation 14

A... P..., 7 ans, 2 février 1920 — 6 février 1920. Plaque ovalaire 4 cm. x 3, à bords irréguliers région frontale, croûtes impétigineuses, sur région fronto-pariétale une douzaine de plaques de dimensions variées (lentille à pièce de 0,50) ; après quelques jours de nettoyage, les croûtes enlevées, l'aspect est le suivant : alopécie incomplète avec aspect mité,

épiderme infiltré, rose, squames, quelques cheveux cassés. Cheveux gras et non augmentés de volume, engainés par un manchon blanc.

7 février. — R. X, 11 minutes, 15 cm.

21 février. — Chute commencée 18 jours après ce début de traitement. Epilation actuellement complète.

29 mars. — La repousse commence.

12 avril. — Sortant.

14 juin. — Repousse complète.

Observation 15

C... L..., 5 ans, 23 février 1920. Microsporum Audouïni. Examen (+) 2 plaques rondes en macaron.

Dimension supérieure à pièce de 5 francs, avec multitude de plaques infectées de la dimension d'une lentille à un pois.

30 et 31 mars R. X.

29 avril. — Chute complète sauf en deux points à la bordure du cuir chevelu, aux régions frontale et occipitale. Persiste bande 5 à 9 cm. de large. Epilation également incomplète aux régions temporales.

Observation 16

A... G..., 7 ans, 23 février 1920. M. Audouïni. Début 5 à 6 mois.

Un placard grand comme une pièce de 5 francs plus ovalaire dans lequel cheveux sont très coupés et couverts de squames adhérentes avec cheveux cassés court. Ce placard alopécique est lui-même entouré par un placard plus grand, environ 10 cm. de diamètre où les cheveux sont rares. Sur le vertex surface d'environ 10 cm., piqueté, alopécique avec couche de squames adhérentes rappelant la teigne amiantacée. Examen micro (+) M. Audouïni.

13, 16, 24 mars. — R. X. L'épilation qui s'est faite au sommet de la tête a une surface de la grandeur de la paume de la main.

25 octobre. — Guérison.

Observation 17

B . . Ch. . , 10 ans, 27 février 1920. Sur bosse occipitale gauche et sur la région pariétale placard squameux alopécique de 8 cm. d. environ.

Examen (+) M. Audouïni.

R. X 11 et 13 mars (II', 15 cm.).

29 avril 20. — L'épilation ne s'est produite que sur quelques points très limités. Encore nouveaux points grands comme 2 francs, il persiste des cheveux clairsemés

9 mai 20. — Nouvelle application R. X.

25 octobre. — Guérison.

Observation 18

V . . A. . ., 9 ans, 27 février 1920. Région fronto-pariétale et occipitale, couvertes en grande partie de squames avec larges plaques d'alopécie supérieures à pièces de 5 fr. Cheveux courts et squames abondantes

Examen (+) Microsporum Audouïni. Traité par R. X.

25 octobre. — Guérison.

Observation 19

C. . . M. . ., 10 ans, 27 février 1920. Large plaque de 5 cm. diamètre alopécique squameuse sur côté droit région occipitale.

Examen (+) M. Audouïni.

17 et 19 mai. — R. X.

25 octobre. — Guérison.

Observation 20

O... J..., 5 ans, 5 mars 1920. — Placard croûteux sur la nuque discrètement alopècique recouvert de croûtes sèches et de squames. Quelques ilôts grands, pièce 0,50.

3 avril, R. X. — Examen (+) M. Audouïni.

30 avril. — Chute complète.

10 mai. — Excellent état, la repousse commence.

Observation 21

G... G..., 5 ans, 5 mars 1920. — 5 placards comme des pièces de 2 francs, courts squameux d'aspect cendré. Sur tout le cuir chevelu multiples plaques grandes comme lentilles ayant les mêmes caractères que la grande plaque. (Ecole Saint-Bruno, rue Brizard).

Examen (+).

Etait au Foyer de l'Enfance à Caudéran.

R. X, 25 et 27 mars, (15 cm., 11 minutes).

15 novembre. — Guérison.

Observation 22

J... G..., 9 ans, 5 mars 1920. — Impétigo cuir chevelu et lèvre supérieure.

12 mars 20. — Etat stationnaire.

20 mars. — Impétigo guéri. Placard de teigne sur le sommet de la tête et la région pariétale.

R. X, 25 et 27 mars, (II' + 15 cm.).

21 mai. — La repousse commence.

Observation 23

H... R .., 7 ans, 8 mars 1920. — Enfant vigoureux bien portant présentant impétigo péri-auriculaire D avec streptococcie cutanée de voisinage (pityriasis alba) en outre à l'angle du lobule de l'oreille gauche et de la joue une fissure entourée d'un petit placard d'impétigo et d'un plus vaste placard pityriasique ; sur la région temporale gauche et sur le cuir chevelu du voisinage une plaque alopécique irrégulière squameuse avec quelques cheveux coupés court.

Examen (+) M. Audouïni.

9 avril, R. X. — 28 avril, la chute des cheveux commence.

30 avril. — Chute complète.

Observation 24

D... R..., 8 ans, 8 mars 1920. — Etat squameux du cuir chevelu sans caractère.

Etat alopécique. Examen (+) M. Audouïni.

29-30 mars. — R. X.

18 avril. — Chute complète.

14 juin. — Repousse complète.

Observation 25

D... M..., 7 ans 1/2, 8 mars 1920. — Etat squameux. Alopécie. Examen (+) M. Audouïni.

29 mars, R. X. — 29 avril. Les cheveux ne sont tombés qu'en deux points très limités et grands comme 5 francs à la région occipitale et à la région pariétale. Intact ailleurs.

9 mai, R. X. — 11 juin. La chute est complète.

Observation 26

B... P..., 8 ans, 8 mars 1920. — Occiput. Placard squameux avec alopécie.

26 mars, R. X, 5 séances, 5 H, II', 15 cm.

29 avril. — Epilation qu'en trois zones, grande comme la paume de la main. Région occipitale et temporale gauche. Fini à la pince.

2 août. — Examen (—). Guérison certaine.

Observation 27

M... R..., 8 mars 1920. — Comme précédent.

Observation 28

B... H..., 9 ans 1/2, 8 mars 1920. — Sur région frontale carapace croûteuse, grosse chaine agglutinant les cheveux

avec aspect impétigineux surajouté à eczéma seborrhéïque.

26 mars 1920. — R. X, 5 séances (11', 15 cm.).

29 avril — Chute aux régions occipitale et pariétale D.

9 mai. — R. X. Nouvelle application. — 11 juin. La chute est complète.

Observation 29

H... M..., 8 ans, 12 mars 1920 (Voir obs. 21, G.). — Début 4 à 5 mois. Le cuir chevelu est couvert presque entièrement par une couche squamo-croûteuse d'aspect kératosique. De petits cones cornés émergeant des follicules pileux et engainant des poils coupés à 1 mm. environ donnant au cuir chevelu un aspect rugueux et hérissé. Les lésions tout en couvrant le cuir chevelu sont arrondies, dérivent toutes du cercle et sont coalescentes.

Examen (+) M. Audouïni, 2 avril. Epilation R. X.

29 avril. — Chute complète sur sommet et région fronto-pariétale et occipitale. Nulle à la bordure de tout le cuir chevelu qui est occupé par couronne complète ininterrompue de cheveux de 3 cm. de large. Achevé à la pince. Guérison sans incidents.

Observation 30

C... R..., 7 ans, 12 mars 1920. — Une douzaine de plaques analogues à celles décrites observation 29. Grandeur de 1 à 5 francs, rondes isolées, alopéciques. Caractères habituels.

Examen (+) M. Audouïni.

2 avril 1920. — R. X, 22 avril, épilation complète. Dermite consécutive à l'application de pommade iode-chrysarobine. Idiosynéranée iodique.

Observation 31

L... D..., 4 ans, 12 mars 1920. — Entre pour impétigo. Examen (+) M. Audouïni. R. X.

1er octobre 1920. — Cheveux en repousse sur tout le crâne

sauf sommet à gauche alopécie avec aspect cicatriciel pigmenté, entièrement glabre.

6 décembre. — Repousse complète. Croûtes jaunâtres d'aspect séborrhéique.

Observation 32

P... J..., 5 ans, 12 mars 1920. — Sur le sommet 2 cercles concentriques l'un alopécique et squameux à cheveux coupés à 1 mm. central grand comme 2 francs, l'autre autour de celui-ci plus discrètement alocépique.

Evamen (+) M. Audouïni.

R. X, 14 avril. — 3 mai, épilation commencée.

21 mai. — Epilation complète.

Observation 33

V... A..., 8 ans, 12 mars 1920. — Un placard squameux siègeant sur cuir chevelu, un placard sur la nuque. Examen (+). 8 avril R. X.

24 avril. — La chute commence.

6 mai. — Chute complète. 18 juin, repousse complète duveteuse. Guérison.

Observation 34

M... A.,., 9 ans, 13 février 1920. — 5 plaques de 1 à 5 francs disséminées sur le cuir chevelu. Comme précédemment. Examen (+) M. Audouïni.

Observation 35

R... A..., 7 ans, 12 mars 20. — La région fronto-pariétale est couverte d'une grande plaque ovale de 10 cm. sur 8 environ avec multitude de plaques plus petites arrondies coalescentes. Petites plaques disséminées sur la nuque. Examen (+) M. Audouïni.

7 et 8 avril. — R. X.

29 avril. — Epilation à peu près complète sauf couronne en bordure surtout marquée à la région occipitale temporale droite et frontale. Région temporo-pariétale gauche est épilée.

6 mai. — Sortant. — 18 juin Repousse duveteuse complète. Guérison.

Observation 36

G... R..., 9 ans, 12 mars 1920. — Un placard grand comme 5 francs ayant le même caractère. Quelques plaques disséminées dans le cuir chevelu miliaires et lenticulaires.

9 avril. — R. X.

30 avril. — Chute complète. Sort.

Observation 37

G... A..., 6 ans, 12 mars 1920. — Région du vertex. Région pariétale et occipitale couvertes de plaques analogues.

Examen (+) M. Audouïni.

26 avril. — R. X.

14 mai. — La chute commence.

19 mai. — La chute est complète.

Observation 38

O... E..., 9 ans, 12 mars 1920. — Carapace de croûtes couvrant toute la région fronto-pariétale et une partie de la région occipitale, confluents croûteux. Discrètement alopécique, aspect faviforme. Examen (+) M. Audouïni. 5 et 6 avril, R. X.

30 avril. — Chute complète. Sort.

18 juin. — Guérison. Repousse normale.

Observation 40

C... A..., 11 ans, 12 mars 1920. — Mêmes caractères que précédemment.

Examen (+) M. Audouïni.
31 mars. — R. X.
22 avril. — Chute complète.
30 avril. — Sort.

Observation 41

G... P..., 7 ans, 12 mars 1920. — Tout le cuir chevelu est couvert d'une carapace alopécique discrète avec squames et croûtes. Impétigineuse.
Examen (+) M. Audouïni.
10 avril. — R. X.
29. — Epilation complète.
6 mai. — Sort.
7 juin. — Epilation complète. Duvet du cuir chevelu.

Observation 42

G... L..., 7 ans, 12 mars 1920. — 4 plaques comme 5 francs avec semis disséminé sur le cuir chevelu, mêmes caractères que précédents.
Examen (+) M. Audouïni. R. X. le même jour.
7 juin. — Comme le précédent.

Observation 43

Le N... J..., 7 ans, 12 mars 1920. — Plaques de toutes dimensions 0,50, 1, 2, 5 francs. Très nettement alopéciques ; avec nombreux cheveux coupés court et duvet en gazon jonché de repousses squameuses.
Examen (+).
13 avril. — R. X.
29 avril. — Epilation commence à se faire.
6 mai. — Chute compléte, sort.
7 juin. — Epilation complète mais duvet très fin.
21 juin. — Repousse très active et généralisée.

Observation 44

T... L..., 6 ans, 12 mars 1920. — 3 plaques 1 franc et semis de plaques lenticulaires confluentes dans tout cuir chevelu. Teigne typique.

Examen (+) M. Audouïni. R. X le même jour. — 7 juin. Comme le précédent.

Observation 45

L... O..., 10 ans, 12 mars 1920. — Plaques 0,50 alopéciques squameuses. Avec impétigo surajouté.

Examen (+) M. Audouïni.

31 mars 20. — R. X.

16 avril. — Chute des cheveux.

30 avril. — Sortant.

Observation 46

S... P..., 6 ans, 12 mars 1920. — Plaques de dimensions variées (lentilles à 2 francs). Mêmes caractères que précédent. — Examen (+) M. Audouïni. Mêmes observations que précédemment.

Observation 47

B... P..., 7 ans, 12 mars 1920. — Une vaste plaque alopécique, région pariétale gauche, et une douzaine de petites plaques mimnulaires disséminées sur tout cuir chevelu.

Examen (+) M. Audouïni.

8 avril. — R. X.

29 avril. — La chute commence.

15 mai. — Sort, la chute est complète.

Observation 48

C... G..., 10 ans, 12 mars 1920. — Une dizaine de pla-

ques grandes comme 2 francs sur cuir chevelu. Examen (+) M. Audouïni.

14 juin. — R. X. Comme le précédent.

Observation 49

B... G..., 10 ans, 12 mars 1920. — Carapace de squames micacée formant couche sur le cuir chevelu. Cheveux raréfiés.

Examen (+).

6 avril. — R. X.

30 avril. — Epilation incomplète il persiste des cheveux en bordure. Fini à la pince. Mêmes observations que le précédent.

Observation 50

T... E..., 6 ans, 15 mars 1920. — Plaques disséminées sur tout le cuir chevelu squameuses de la grandeur d'une lentille à une pièce de 1 fr.

7 avril. — R. X.

29 avril. — Chute complète, il persiste des poils follets.

Observation 51

P... G..., 6 ans, 19 mars 1920. — Traité à l'hôpital d'Angoulême par calotte de poix arrivé avec la tête couverte de bandelettes. On aperçoit quelques croûtes jaunes pulvérulentes. Impétigo. 2 et 3 avril R. X.

29 avril. — Epilation complète sauf à la bordure, on achève à la pince. Guérison.

Observation 52

G... J..., 11 ans, 19 mars 1920. — Desquamation pityriasique sur tout le cuir chevelu au niveau de la région occipitale, 2 petits placards arrondis grands comme 0,50 à cheveux rares, cassés court.

Examen (+) M. Audouïni.
3 mai. — R. X.
19 mai. — L'épilation commence à se faire.

Observation 53

Ch... P..., 10 ans, 19 mars 1920. — Plusieurs ilots de la dimension d'une lentille disséminés sur le cuir chevelu, squameux avec quelques cheveux cassés court. Examen (+) M. Audouïni. Comme le précédent.

Observation 54

P... J..., 9 ans, 19 mars 1920. Plusieurs placards disséminés sur la région fronto-pariétale et la région occipitale, squameux à cheveux raréfiés. Placards de la dimension d'un pois à une pièce de 1 franc.
Examen (+) M. Audouïni.
10 mai. — R. X. Mêmes observations que précédemment.

Observation 55

A... R..., 10 ans. 20 mai 20. Cuir chevelu squameux quelques ilots disséminés, peu nets. Diagnostic impossible cliniquement.
Examen (+) M. Audouïni.
7 juin. — R. X.
9 juillet. — Evolution normale, le cuir chevelu est entièrement épilé. Sortant.

Observation 56

A... R..., 7 ans. 13 août 1920. Sœur déjà atteinte et traitée. Placards allongés du sommet de la tête à aspect de favus avec ilots disséminés.
Examen (+) M. Audouïni.
23 août. — R. X.
14 septembre. — La chute commence.

27 septembre. — L'épilation est complète sur tout le cuir chevelu Il subsiste cependant quelques poils duveteux disséminés et une petite touffe sur la région fronto pariétale.

Observation 57

B... Ph..., 12 ans Avril 20. Plusieurs ilots grands comme un à deux francs, tout à fait typiques. Disséminés sur tout le cuir chevelu.

Examen (+) Audouïni.

26 avril. — R. X. 5 séances (11 m., 15 cm.).

12 mai. — Epilation complète

3 juin. — Sortant, repousse normale.

Observation 58

C..., 8 ans, 9 août 1920. Placard grand comme 5 francs région pariétale gauche près du sommet.

11 août. — Epilation de tout le cuir chevelu à 5 H. R.X.

30 août. — Epilation complète.

20 septembre. — Sortant. Etat parfait

Observation 59

C... G..., 10 ans, 25 juin 20. Examen (+) M. Audouïni.

2 juillet. — R. X.

16 juillet. — Radiodermite légère du pt. occipital.

19 juillet. — Les cheveux commencent à tomber. Impétigo du cuir chevelu sans érythème notable.

20 juillet. — Epilation complète.

6 août — Impétigo a disparu, chute parfaite. Sortant.

Observation 60

D... M..., 10 ans, 7 juin 20. *Favus*. Placards squameux lenticulaires (50 cent.) du cuir chevelu, une quinzaine, avec tendance alopécique type trichophytie (épidémie familiale).

R. X le même jour.

9 juillet. — Evolution normale, épilation complète. Sortant.

Observation 61

D... A..., 8 ans, 7 juin 20. *Favus*. Présente deux ilots de favus typique avec godets, ilots grands comme un franc.

4 août. — R. X, 5 H, 11 minutes, 15 centimètres.

27 août. — Chute complète.

6 septembre. — La chute est complète, il subsiste cependant une bande étroite de cheveux à la bordure du cuir chevelu (région occipitale et fronto-temporale), un ilot sur le sommet de la tête.

20 septembre. — L'épilation a été terminée à la pince. Cependant il subsiste quelques cheveux très clairsemés même sur les régions épilées par les R. X, où l'épilation a été complète et s'est faite normalement. Sortant.

Observation 62

D... M..., 7 ans, avril 1920. — Examen (+) M. Audouïni. Cuir chevelu couvert de plaques alopéciques squameuses et croûteuses. Infection surajoutée.

29 avril 1920. — R. X.

15 mai. — Epilation complète.

Observation 63

M... R..., 9 ans, 26 juillet 1920. — *T. Violaceum*.

Un placard grand comme 5 francs.

9 août. — R. X.

27 août. — Chute complète au niveau de la région temporo-occipitale gauche, placard de radiodermite.

5 septembre. — La radiodermite a disparu.

17 septembre. — Chute complète. Etat parfait.

1er octobre. — Sortant.

Observation 64

G... A..., 8 ans, 2 août 1920. — Examen (+) M. Audouïni. Placard grand comme 1 fr. région occipitale.

18 août 1920. — R, X.

5 septembre. — Epilation complète, sauf une bande de la région occipitale achevée à la pince.

27 septembre. — Chute complète. Sortant.

Observation 65

G... A..., 7 ans, octobre 1920. — Examen (+) M. Audouïni, 5 octobre 1920.

20 octobre. — Chute complète.

Sortant le 12 novembre.

Observation 66

G... S..., 8 ans, 15 avril 1920. — Examen (+) M. Audouïni. Grands placards confluents et arrondis de la dimension d'une pièce de 5 francs au nombre de 2 sur la région fronto-pariétale droite. 2 grands placards arrondis et confluents chacun de la taille d'une pièce 5 francs sur la région pariétale gauche. 1 placard sur région temporale gauche. 2 placards 2 frs. sur région occipitale.

Ilots disséminés de la grosseur d'un pois sur tout le reste du cuir chevelu.

12 avril. — R. X.

28 avril. — Epilation complète. A eu ensuite la rougeole dont il est guéri.

Observation 67

G... L..., 9 ans, 5 avril 1920. — Deux placards grands comme 1 franc, région pariétale D. Examen (+) M. Audouïni.

12 avril. — R. X, 29 avril. — Epilation compléte.

Observation 68

P... R..., 8 ans, juillet 1920. — Placard typique de la région occipitale deux ilots au voisinage.

4 août. — R. X.

27 août. — Chute complète.

5 septembre. — Sortant.

Observation 69

S... G..., 5 ans, juillet 1920. — Région temporo-occipitale et pariétale droites, des plaques arrondies avec alopécie partielle, un ilot grand comme pièce de 5 francs, confluentes au niveau du vertex, squames blanches. Cheveux coupés court.

16 juillet. — R. X.

2 août. — Epilation complète.

20 août. — Sortant.

Observation 70

I... H..., 6 ans, 23 mars 1920. — Favus généralisé psoriasiforme.

Cuir chevelu occupé dans sa presque totalité par une couche plâtreuse pulvérulente. Pas de godets isolés nets.

Sur le corps éruption discrète, petits éléments de la grosseur d'un pois, surélevés, rouges, squameux. Pas de taches de bougie au grattage pas de rosée sanguine. Examen des cheveux et des squames. (Achorion).

19 avril. — R. X.

5 mai. — La chute commence.

20 mai. — Guérison complète après traitement de la partie cutanée par l'iode et la chrysarobine.

Observation 71

B... L..., 7 ans 1/2. Teigne. Microsporie.

1 placard de 10 cm. ayant tous les caractères de la teigne. 2 placards grands comme 1 fr., région fronto-pariétale.

7 novembre. — Epilation R. X.

20 décembre. — Repousse complète. Lésion guérie.

Observation 72

S... H..., 27 octobre 1919. — Examen microscopique (+). T. gypseum.

5 à 6 plaques teigneuses disséminées.

26 novembre. — Epilation R. X. La chute des cheveux commence 14 jours après, complète au bout d'un mois. Couronne de cheveux en bordure. Epilation à la pince.

27 février. — Guérison. Repousse complète.

Observation 73

B... G..., 8 ans, 12 mars 1920. — Microsporie. Examen (+) M. Audouïni.

Traitement radiothérapique, 6 avril.

30 avril. — Epilation incomplète, couronne de cheveux.

8 juin 1921. Guérison complète, repousse parfaite.

Observation 74

P... J..., 6 ans, 26 mars 1920. — Quelques placards typiques, sur le sommet, la région frontale et occipitale.

Examen (+) microsporie.

R. X, 28 mars. — Epilation complète 3 semaines après.

6 mai. — Repousse complète.

Observation 75

A... J..., 7 ans, 29 mars 1920. — Quelques ilots squameux.

Examen (+) T. violaceum.

Traitement R. X, 8 juin, repousse parfaite.

Observation 76

D... R..., 13 ans, 29 mars 1920. — Plaque bosse pariétale grandeur 5 p.

Examen (+) microsporum.

T. radiothérapique.

8 juin 1921. — Guérison. Repousse parfaite.

Observation 77

A... R..., 13 ans, 29 mars 1920. — Cuir chevelu squameux.

Examen (+) microsporum.

T. radiothérapique.

8 juin. — Guérison, repousse parfaite.

Observation 78

G... L..., 9 avril 1920. — 2 placards typiques, ilots disséminés.

Examen (+) microsporum.

12 avril. — R. X.

29 avril. — Epilation commencée.

5 mai. — Chute complète.

8 juin. — Repousse, guérison.

Observation 79

P... L..., 11 ans, 16 avril 1920. — Plaque alopécique squameuse région occipitale.

Examen (+) microsporum.

T. R. X et guérison.

Observation 80

H... E..., 11 ans, 26 avril 1920. — Favus. Plaques typiques avec godets sur le sommet de la tête, déjà traité en Roumanie.

Examen (+) achorion.

18 mai, R. X. — 28 mai, chute commencée. 14 juin, épilation complète.

15 octobre. — Repousse complète. Etat parfait.

Observation 81

D... M..., 7 ans, 26 avril 1920. — Favus. Sur tout le cuir

chevelu plaques typiques disséminées. Examen (+) achorion. 29 avril, R. X.

15 mai. — Chute complète, 8 juin, repousse complète.

Observation 82

G... R..., 4 ans 1/2, 14 mai 1920. — Quelques ilots grands comme 2 frs., cheveux très engainés.

Examen (+) microsporum.

4 juin. — R. X.

5 juillet. — Chute complète.

11 septembre. — Guérison. Etat parfait.

Observation 83

R... J..., 9 ans, 17 mai 1920. — Un placard squameux région occipitale.

Examen (+) microsporum.

4 juin, R. X. — La guérison se poursuit de façon normale.

Observation 84

R... G..., 8 ans, 17 mai 1920. — Placard squameux sur le sommet.

Examen (+) microsporum.

4 juin, R. X comme le précédent.

Observation 85

F... H..., 4 ans, 21 mai 1920. — Au niveau du Bregma placard grand comme 2 francs.

Examen (+) microsporum.

7 juin, R. X. — Evolution normale vers la guérison.

Observation 86

D... M..., 5 ans, 21 mai 1920. — Placard grand comme 0,50 sur la région temporo-pariétale droite.

Examen (+) microsporum.

7 juin, R. X comme le précédent.

Observation 87

D... C..., 4 ans, 4 juin 1920. — Favus, disséminé sur tout le cuir chevelu, aspect clinique typique.

Examen (+) achorion.

Traité par la radiothérapie. Guérison.

Observation 88

D .. M.. , 10 ans, 4 juin 1920 — Favus, lésions discrètes sur tout le cuir chevelu.

Examen (+) achorion

16 juillet — Le cuir chevelu traité est complètement épilé

Observations 89, 90 et 91

B.	J... P... 11 ans 1/2	25 juin. — Favus familial. Même aspect partout.
	R... 7 ans	Lésions disséminées sur le cuir chevelu.
	J... 5 ans	Examen (+) achorion. 18 juillet épilation complète après traitement par R. X Evolution normale vers la guérison.

Observation 92

R... G.. , 8 ans, 2 juillet 1920. — Tondante microsporique. Etat squameux de tout le cuir chevelu Plaque grande comme 5 francs. Région fronto-pariétale. Examen (+) microsporum.

2 août. — R. X.
20 août. — Chute de cheveux.
6 octobre. — En repousse.
12 novembre. — Repousse complète. Etat parfait.

Observation 93

R... S..., 5 ans 1/2, 5 juillet 1920. — Présente sur la région temporo-occipitale et pariétale droite, des plaques typiques grandes comme 5 francs.
Examen (+) microsporum.
Traité par R X. Evolution vers la guérison.
13 octobre 1920.

Observation 94

P... A..., 8 ans 1/2, 30 juillet 1920. — Microsporie. Plaques de 0, 50 centimètre sur la région pariétale droite
Examen (+) microsporum.
Traité par R. X.
13 octobre 1920. — En repousse. Etat parfait.

Observation 95

R... P ..., 8 ans, 30 juillet 1920 — Présente plusieurs ilots confluents siègeant au niveau de la région occipitale.
Examen (+) microsporum.
12 novembre. — Guérison après traitement par les R X.

Observation 96

V... H..., 6 ans, 2 août 1920. — Ilots typiques sur le sommet.
Examen (+) microsporum.
16 octobre. — R. X faits le 10 août, les cheveux sont tombés.
18 jours après. — Epilation complète et légère repousse partout à la date du 16 octobre.

Observation 97

A... G..., 8 ans, 2 août 1920. — Un placard typique sur la région occipitale.

Examen (+) microsporum.

16 octobre. — Comme le précédent.

Observation 98

C... G..., 8 ans 1/2, 9 août 1920. — Sur la région pariétale gauche placards grands comme 5 francs. Examen (+) microsporum.

11 août. — R. X.

8 novembre 1920. — La repousse des cheveux s'effectue.

Observation 99

A... R.. , 6 ans, 13 août 1920. — Placard squameux et ilots disséminés sur tout le cuir chevelu.

Examen (+) T. violaceum.

16 novembre. — La repousse des cheveux s'effectue

Observation 100

V... E.. , 9 ans 1/2, 20 août 1920. — Deux vastes placards squameux l'un à la région occipitale, l'autre à la région pariétale droite.

Examen (+) T. violaceum.

6 octobre — La chute s'est effectuée après le traitement par R. X fait le 6 septembre. Quelques cheveux persistent, enlevés à la pince.

Novembre. — Guérison.

Observation 101

J... A..., 8 ans, 13 septembre 1920. — Placards dissé-

minés sur toute la région pariétale, variant comme dimensions de 1 à 5 francs.

Aspect clinique typique.

Examen (+) microsporum.

Traité par R. X et guérison survenue normalement, 15 décembre 1920.

Observation 102

M . . B. ., 6 ans, 13 octobre 1920. — Placards disséminés sur la région occipitale et pariétale droite. Examen (+) microsporum.

Comme le précédent.

Observation 103

C... R..., 11 ans, 28 janvier 1921 — Placards disséminés sur tout le cuir chevelu.

Examen (+) microsporum.

Traité par les rayons X. Evolution normale vers la guérison, 20 avril.

Observation 104

S... P..., 5 ans, 28 janvier 1921. — Deux plaques localisées sur la région pariétale et occipitale Examen (+) microsporum.

R. X le 3 février.

21 février. — Epilation complète au bout de 18 jours. N'a pas été revu.

Observations 105 et 106

S... J..., 4 ans. S.. C..., 6 ans, 21 avril 1921. — Plaques disséminées sur tout le cuir chevelu, de la même façon pour les deux malades.

Examen (+) microsporum.

25 avril. — R. X.

9 mai. — Chute complète.
12 juin. — Repousse, évolution normale.

Observation 107

M... R..., 9 ans, 26 juillet 1920. — Placard grand comme 5 francs sur le sommet. Examen (+).
8 août, R. X. — Guérison le 12 octobre 1920.

Observation 108

D... Y..., 5 ans, 8 janvier 1920. — Placard de 5 frs région pariétale. Examen (+) microsporum.
17 mars. — R. X.
29 avril. — Epilation complète.

Observation 109

O... M..., 10 ans. — Placard 5 francs région occipitale.
19 mai 1920. — R. X.
Examen (+) microsporum.

Observation 110

G... G..., 10 ans, 26 mars 1920. — Plaques disséminées sur tout le cuir chevelu.
Examen (+) microsporum.
Traité par R. X. Evolution normale.

Observation 111

J... G..., 7 ans, 26 mars 1920. — Plaques typiques sur la nuque.
Examen (+) microsporum.
12 avril. — R. X.
5 mai. — Epilation complète. Guérison.

Observation 112

P... J..., 7 ans 1/2, 26 mars 1920. — Sommet région pariétale et occipitale, placards caractéristiques.

Examen (+) microsporum.

Comme le précédent.

Observation 113

D... R..., 13 ans. 29 mars 1920. — Plaque sur la bosse pariétale, grandeur 5 frs. Examen (+) microsporum.

Epilation par R. X, guérison 12 juin 1920.

Observation 114

H... M..., 9 ans, 26 avril 1920. — Favus, disséminé sur tout le cuir chevelu.

Examen (+) achorion, 29 avril R. X. — 15 mai. Epilation complète. Guérison.

Observation 115

D .. E..., 7 ans, 4 juin 1920. — Favus Examen (+) achorion Traité par R. X. Evolution normale sans complications vers la guérison.

Observation 116

C ., 24 juin 1920 — Impéligo simulant la teigne Examen (+) microsporum Traité par R. X et guéri.

Observation 117

L . L..., 13 ans, 27 août 1920. — Vaste placard sur la région occipitale Etendue 10 × 5 centimètres.

Examen (+) microsporum. Guérison après traitement par R. X.

Observation 118

N... R ..., 4 ans, 11 octobre 1920. — Placards grands comme 5 francs sur la région frontale et le sommet.

Examen (+) microsporum.

24 février 1921. — Repousse complète, guérison.

Observation 119

G... F..., 6 ans. — Placards disséminés sur tout le cuir chevelu.

Examen (+) microsporum.

Traité par R. X le 18 février. Guérison, 12 juin 1920.

Observation 120

E... F..., 7 ans, 21 mars 1921. — Plaques sur tout le cuir chevelu.

Examen (+) microsporum Audouïni. R. X et guérison. Revu le 8 juin.

CONCLUSIONS

I. — Le nombre des cas de teignes dûs au microsporum Audouïni s'est accru dans la région de Bordeaux et du Sud-Ouest, elle y sévit actuellement à l'état épidémique.

II. — Dans un but de prophylaxie en dehors de l'inspection scolaire médicale, il est désirable d'introduire dans les programmes d'enseignement des Ecoles Normales d'instituteurs des notions précises quoique élémentaires sur les teignes de façon à éveiller leur attention sur elles et partant à faciliter la surveillance et limiter le nombre des cas. Bien entendu le rôle de l'instituteur comme des infirmières des écoles se bornera à dépister les cas suspects pour les signaler au médecin.

III. — Le traitement radiothérapique constitue le seul moyen de guérison rapide des teignes. La création de centres pourvus des appareils modernes indispensables s'impose L'organisation d'un centre de ce genre à l'Hôpital des Enfants de Bordeaux constitue un progrès notable.

IV — La méthode de choix est la méthode de Sabouraud-Noiré avec le procédé de Kienbôck-Adamson ou procédé des feux croisés en surface (Gouin) avec quelques remaniements cette méthode reste parfaite par les garanties qu'elle a donné, sa simplicité, sa rapidité.

Vu et bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

DUBREUILH.

Vu : *Le Doyen,*

Dr SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 8 juin 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

SABOURAUD. — Contribution à l'étude de la trichophytie humaine. Annales de dermatologie et syphiligraphie, nov. 1892, p. 1061.

— Sur une mycose innommée de l'homme La teigne tondante spéciale de Gruby. (Annales Inst. Pasteur, fév. 94, p. 83)

— Maladies du cuir chevelu. Les teignes, Paris, 1910, t. III, Masson éditeur.

ADAMSON. — Observation of the parasites of ringworn. British journal of dermatology, 1895, t. VII, page 201.

T. COLCOTT and FRANK R. BLAXOLL FOX. — On ringworn and inquiry into the plurality of its fungi B. J. of dermat. E VII, page 189.

E. BODIN et ALMY. — Le microsporum du chien. Receuil de médecine vétérinaire, 15 mars 1897, page 161.

A. COFFIN. — Trichophytie et microsporie chez l'homme et les animaux. Journal des maladies cutanées et syphiligraphiques, Paris, 1901

HODORABEY. — Sur le traitement de la trichophytie du cuir chevelu par la chrysarobine. Gaz. méd. d'Orient, 1902-03.

GALAIS. — Des teignes à Alger chez l'enfant. Th. Montpellier, 1907.

LEFEBVRE. — La teigne dans l'agglomération bruxelloise. Journal médec., Bruxelles, 1903.

Barbe. — Traitement de la tondante par le monochloro-phénol. (Annales dermatologie et syphiligraphie, Paris, 1888.

Butte. — Du collodion iodé dans le traitement des teignes. Soc. française dermatologié et syphiligraphie, Paris, 1893.

Bavay. — Contribution à l'étude de la teigne tondante. Th. Bordeaux, 1892.

Richerand. — Nosologie chirurgicale. 4e édition, 1815, t. I, p. 270.

Alibert. — Monographie des dermatoses. Paris, 1832, p. 301.

Gallot. — Dissertation sur la teigne. An. XI, 1802.

Bazin. — Recherches sur la nature et le traitement des teignes. Paris, 1853.

J. Stasson. — Le monde médical. 15 novem. 1919, n° 562, p. 408.

Th. Nogier. — La presse médicale, 9 janvier 1919, n° 2, p. 16.

J. Gouin. — Journal de radiologie et électricité médicale, 1916.

Le Gloahec. — Les teignes en Basse-Normandie et leur traitement. Thèse Paris, 1920.

Venegas et Ganizares. — Contribution à l'étude du traitement des teignes. Le Mans, 1885, (p. 55). Th. Paris. Th. 1884-85, n° 94.

Carrère (Jean-Charles) — Etude sur le traitement de la teigne tondante. Résultats obtenus à l'Ecole des teigneux à l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1890, p 107. Paris 1889-90, n° 300.

Audrain (Jules). — Contribution à l'étude de la trichophyte tonsurante. Paris 1892, p. 77. Th Paris 91-92-204.

Bodin (Eugène). — Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines. Th Paris 96, p. 128. Paris 95-96, n° 255.

Fleig (Georges). — La radiothérapie en dermatologie, p 148. Th. Paris, 1905-6, n° 372.

Caré (André). — Les teignes et leur traitement radiothérapique, 5 p p. Th. Paris, 1909-10, n° 9.

Bardin (Robert). — Traitement radiothérapique des teignes à la clinique de l'Antiquaille. Th. Lyon, 11-12, n° 95.

Gouin et Petges. — Du traitement radiothérapique des teignes par le procédé de Kienböck-Adamson Société Française de Dermatologie et syphiligraphie. Séance du 17 mai 1921.

Petges et Loiseleur. — Traitement radiothérapique du favus chez l'adulte par le procédé de Kienböck-Adamson. Réunion radiologique de la 11e région, 3 décembre 1918.

Glérant. — Du Favus dans la région de Bordeaux et du Sud-Ouest. Th. Bordeaux, 1921.

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE
15, COURS DE LA MARNE.